

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

185

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 5 Mai 1891, à 1 heure

PAR DOMINIQUE-JOSEPH-BERTRAND RIVIÈRE

Né à Malvezie (Haute-Garonne), le 24 Février 1867.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE CLINIQUE DES ABOULIES

Et principalement de l'Aboulie neurasthénique

Président : M. BALL, Professeur.

Juges : MM. } LEGROUX, Professeur.
 } HUTINEL et BALLET, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

185

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 5 Mai 1891, à 1 heure

PAR DOMINIQUE-JOSEPH-BERTRAND RIVIÈRE

Né à Malvezie (Haute-Garonne), le 24 Février 1867.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE CLINIQUE DES ABOULIES

Et principalement de l'Aboulie neurasthénique

Président : M. BALL, Professeur.

*Juges : MM. } LEGROUX, Professeur.
 } HUTINEL et BALLET, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1891

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique médicales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		N....
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		SEE (G.).
Maladie des enfants.....		POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		PETER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....		BALL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		FOURNIER.
Clinique ophthalmologique.....		CHARCOT.
Clinique d'accouchement.....		VERNEUIL.
		LE FORT.
		DUPLAY.
		N....
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (ALBERT).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RETTÉTERER.	
DEJBRINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON GRAND'PÈRE, DE MON PÈRE, DE MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR

A MA TANTE

A MES PARENTS

A MON AMI PIERRE CARCY

Etudiant en Médecine

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR BENJAMIN BALL

Professeur de Médecine mentale à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. RÉGIS

Ancien Chef de Clinique des Maladies mentales

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de la Maison de Santé de Castel d'Andorte.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. PITRES

Professeur de Clinique médicale

Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. TAPPIE

Professeur d'Anatomie pathologique

à la Faculté de Médecine de Toulouse.

A MES MAÎTRES

Comme l'indique le titre de ce travail, c'est surtout une étude clinique que nous avons eu l'intention de faire, néanmoins nous ne pouvions parler des maladies de la volonté sans faire de courtes incursions dans le domaine de la psychologie. Notre tâche eut été bien simplifiée si de ce côté nous avions trouvé un appui solide, c'est-à-dire une connaissance complète des phénomènes volontaires ; malheureusement, cette science est à peine ébauchée. Du côté de la pathologie mentale, l'étude des maladies de la volonté nous amenait à la neurasthénie, la mélancolie, la dégénérescence, tout autant de questions sur lesquelles la science est encore loin d'avoir dit son dernier mot.

Dans ces conditions, nous ne pouvions faire un travail utile qu'en réunissant les observations qui avaient été publiées sur ce sujet jusqu'à ce jour, et auxquelles nous avons pu ajouter deux faits personnels.

En deux mots nous allons indiquer la division de ce travail. Après avoir dit dans l'introduction ce que nous entendons par le mot Aboulie, nous ferons un court historique de la question, nous étudierons

ensuite les symptômes, la pathogénie, les formes cliniques, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Que M. Régis, qui nous a conseillé d'entreprendre ce travail et nous a aidé de ses conseils, reçoive ici le témoignage de notre éternelle reconnaissance.

Nous devons remercier aussi M. Pierre Janet, ancien élève de l'école normale supérieure, des quelques conseils qu'il a eu l'extrême obligeance de nous donner sur ce sujet, et qui étaient d'autant plus précieux pour nous, qu'ils venaient d'un psychologue et d'un aliéniste.

Nous prions enfin M. le professeur Ball d'agréer l'assurance de notre sincère gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait, d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Avant de commencer l'étude de la pathologie de la volonté, nous devons indiquer quel est le sens de ce mot. M. Richet fait remarquer (1) « Que dans le langage ordinaire, il signifie quelque chose de très précis il signifie cause qui n'est pas externe. » Le même auteur dit encore (2) « Ce moi qui juge, rectifie et dirige, c'est la volonté, c'est aussi l'attention Cette volonté n'est pas un être fantastique ni une forme de langage, c'est quelque chose de réel, d'actif, de puissant. Elle a un pouvoir indiscutable; elle force les idées à suivre une direction constante, elle élimine à son gré les impressions du dehors, et donne aux conceptions un sens déterminé dont elle est maîtresse. »

C'est aussi dans ce sens que Billod comprenait ce mot lorsqu'il écrivait (3) « Pour certaines facultés ou

(1) Ch. Richet. *Réflexes psychiques*. Revue philosophique, 1888, tome XXV, p. 500.

(2) Ch. Richet. *Homme et Intelligence*, p. 147.

(3) Billod. (*Maladies de la volonté*). *Annales médico psychologiques*, 1847, tome II, p. 32.

passions, telles que l'intelligence, la mémoire, la musculature, dans lesquels nous sommes actifs, la volonté représente une force, une puissance ; pour d'autres, telles que la sensibilité, les passions, les penchants, les instincts dans lesquels nous sommes passifs, elle se révèle comme une force de résistance... Elle nous représente un levier qui, tantôt soulève, tantôt résiste. »

Le mot volonté, pris dans le sens du langage ordinaire, est donc synonyme du mot force, cette force pouvant agir tantôt dans le sens du désir, et transformant alors celui-ci en acte, tantôt dans le sens opposé et empêchant, dans ce cas, l'excitation de produire son effet. A la première manifestation de la force volontaire on a donné le nom de *volonté d'action*, à la seconde, le nom de *volonté d'arrêt*.

Il va sans dire que le sens dans lequel le mot volonté a été entendu par les psychologues, a varié avec l'explication qu'ils ont donné de l'acte volontaire, mais comme la description seule de cet acte nous intéresse, nous nous contenterons d'indiquer les signes qui en ont été regardés comme caractéristiques.

Pour Spencer, un mouvement n'est volontaire que lorsqu'il a été représenté dans la conscience avant d'être accompli.

Pour Maine de Biran, il doit être accompagné d'une sensation particulière appelée sensation de l'effet.

Pour M. Pierre Janet, il doit être précédé de la formation d'un jugement, et en quelque sorte produit par ce jugement.

Comme on le voit, même dans la description de

l'acte volontaire, les psychologues sont encore loin d'être d'accord, aussi les cliniciens qui ont étudié les lésions de la volonté ont-ils pris ce mot dans le sens du langage ordinaire et c'est ce que nous ferons.

Avant de commencer l'étude de la pathologie, nous devons dire quelques mots des conditions physiologiques de l'acte volontaire.

L'étude des localisations cérébrales a jeté une vive lumière sur cette question autrefois si obscure. Nous savons maintenant que la production de tel ou tel mouvement nécessite l'excitation de telle ou telle région de l'encéphale. Tout porte à croire aussi que le pouvoir d'arrêt est dû à l'excitation d'une partie de l'encéphale, mais la localisation de ces centres d'arrêt est beaucoup moins précise que celle des centres moteurs. Pour Ferrier, les centres d'arrêt se trouveraient à la partie antérieure des lobes frontaux, du reste cette question de la localisation des centres d'arrêt ne présente point pour nous un grand intérêt, car c'est des lésions de la volonté d'action que nous devons seulement nous occuper, aussi dirons-nous quelques mots des caractères objectifs de l'acteur moteur volontaire. Ils ont été étudiés par M. Jaccoud (1) en 1864. Cet auteur a divisé en deux groupes les qualités que doivent présenter les actes moteurs en vue du but qu'ils sont destinés à remplir. Le premier groupe comprend les qualités volontaires qui sont la force, l'étendue, la rapidité, la direction du

(1) Jaccoud. Paraplegie et ataxie du mouvement. Paris, 1864.

mouvement; ces qualités se caractérisent par leur variabilité, leur subordination à l'influence volontaire et leur relation exclusive avec le mouvement à accomplir. Le second groupe comprend les qualités physiques qui sont l'harmonie et la coordination des différentes parties du mouvement. Ces qualités à l'encontre des premières sont immuables et nullement soumises à l'influence de la volonté; aussi M. Jaccoud place leur centre dans la moelle; tandis que pour le premier groupe le centre serait à l'encéphale. A l'état physiologique certaines émotions ont une influence inhibitoire sur l'acte moteur et plus particulièrement sur les qualités volontaires; la peur est l'émotion qui paraît avoir le plus de pouvoir inhibitoire sur nos actes moteurs: ce fait est connu depuis bien longtemps. La joie, les plaisirs agissent en sens inverse, et exercent un pouvoir dynamogène sur l'acte moteur. A l'état pathologique, certains mots, certains chiffres, certaines images exercent sur les actes volontaires tantôt une action inhibitoire, tantôt une action dynamogénique. Nous ne ferons point rentrer cependant ces cas dans l'étude des maladies de la volonté d'action; nous croyons qu'il est préférable de les étudier avec les maladies de la volonté d'arrêt, car en réalité ce ne sont que des obsessions, mais des obsessions ayant des conséquences toutes particulières.

Aux lésions de la volonté d'action nous donnerons avec la plupart des auteurs qui les ont étudié le nom d'Aboulies; de α privatif de βουλομαι vouloir. Si l'on voulait prendre ce mot dans le sens étymologique, il

devrait tout aussi bien s'appliquer aux troubles de la volonté d'arrêt qu'aux troubles de la volonté d'action. Quelques auteurs, la plupart psychologues, entendent le mot *aboulie* dans ce sens. Si les cliniciens ont réservé le mot *aboulie* pour les maladies de la volonté d'action, c'est que les maladies de la volonté d'arrêt avaient déjà été décrites sous le nom d'obsession et d'impulsion; il était inutile d'embrouiller la question en donnant à ces cas pathologiques un nom nouveau.

Pour quelques auteurs, au contraire, le mot *aboulie* ne s'appliquerait qu'à un certain nombre des maladies de la volonté d'action. Pour M. Magnan et son élève M. Legrain, pour M. Déjérine, il n'y a *aboulie* que lorsque le malade fait effort pour accomplir un acte et ne peut y arriver. Pour M. Cotard et son élève M. Langle, l'*aboulie* consiste dans le désir de faire un acte et l'impossibilité de faire effort pour l'accomplir. L'*aboulie* de MM. Langle et Cotard finit où commence celle de MM. Magnan et Déjérine. Comme il est parfois très difficile de savoir si le malade fait effort ou n'en fait pas, nous croyons qu'il est préférable de donner un sens plus large au mot *aboulie* et de désigner par ce mot : toute impossibilité d'accomplir un acte désiré, lorsque aucun obstacle, ni psychique, ni physique, ne semble exister.

HISTORIQUE

L'étude des maladies de la volonté d'action ou aboulies comme nous les désignerons dorénavant, a été bien plus négligée que celle des maladies de la volonté d'arrêt. Cependant on trouve dans les auteurs du commencement de ce siècle, des observations et même des considérations générales sur ce sujet.

En 1837, Leuret dans ses fragments sur la folie publie une observation d'aboulie que nous rapportons plus loin; l'auteur avoue qu'il a été fort embarrassé pour classer ce malade, à la fin il se décida à en faire un hypocondriaque.

En 1843, paraît le traité de médecine mentale d'Esquirol. Cet auteur fait remarquer que chez certains lypémaniques on trouve une lésion de la volonté « s'ils veulent ils sont impuissants pour exécuter ». A l'appui de cette affirmation, il cite l'exemple d'un de ses malades dont on lira l'observation plus loin.

En 1845, Billod publie dans les annales Médico-Psy-

chologiques un travail (1) des plus importants sur ce sujet. Dans ce travail l'auteur insiste tout particulièrement sur les troubles de la volonté d'action, il rapporte plusieurs observations dont les deux plus importantes pourront être lues à la fin de ce travail.

Après Billod Guislain, en 1852, donne une description générale des lésions de la volonté d'arrêt et des lésions de la volonté d'action (2). « Mais la volonté d'action, dit cet auteur, est le plus souvent entravée chez les aliénés. Les malades savent vouloir intérieurement, mentalement selon les exigences de la raison. Ils peuvent éprouver le désir de faire, mais ils sont impuissants à faire convenablement.

Il y a au fond de leur entendement une impossibilité. Ils voudraient travailler, ils ne peuvent. Leur volonté ne peut franchir certaines limites, on dirait que cette force d'action subit un arrêt. Le (je veux) ne se transforme pas en volonté impulsive en détermination active. Les malades s'étonnent eux-mêmes de l'impuissance dont est frappée leur volonté. Lorsqu'on les abandonne à eux-même ils passent des journées entières dans leur lit ou sur une chaise. Quant on leur parle et qu'on les excite, ils s'expriment convenablement, quoique d'une manière brève, ils jugent assez bien des choses ».

En 1866, Morel dans son travail sur le Délire émo-

(1) Billod. Maladies de la volonté. Annales Médico. Psychologiques. 1847, tome II.

(2) Guislain. Leçons orales sur les Phrénopathies. tome II. p. 143.

tif (1), rapporte l'observation d'un malade dont l'aboulie était poussée à ses extrêmes limites.

En 1883, paraît le livre de M. Ribot sur les maladies de la volonté. Quoique ce livre soit écrit surtout pour les Psychologues, nous trouvons néanmoins dans la première partie la plupart des observations d'aboulies qui avaient été publiées jusqu'à ce jour.

En 1885, M. Magnan communiqua à la société médico-psychologique l'observation d'une femme qui tantôt ne pouvait s'asseoir, tantôt ne pouvait se lever quoiqu'elle fit effort pour accomplir ces différents actes. M. Magnan donnait le nom d'aboulie à cette impossibilité d'accomplir un acte malgré l'effort fait par le malade.

En 1886, M. Déjerine dans sa thèse d'agrégation consacre quelques lignes à l'aboulie. « L'aboulie, dit cet auteur, est un syndrome peu commun ou du moins les exemples publiés jusqu'aujourd'hui en sont peu nombreux. C'est un phénomène d'arrêt dont souffrent cruellement les malades et qui les empêche d'exécuter leur volonté. Le mot aboulie ne vise nullement ces états de faiblesse de la volonté si fréquentes chez les mal équilibrés; il y a quelque chose de spécial. L'aboulie veut réellement, mais une force irrésistible l'empêche d'accomplir sa volonté. Il résiste contre son impuissance, cette lutte d'accompagne d'une anxiété énorme et finalement reste sans résultats. »

(1) Morel. Délire émotif. Archives générales de médecine, 1866.

Cette même année paraît un travail très important sur ce sujet, c'est la thèse de M. Langle (1). Cet auteur divise les maladies de la volonté d'action de inhibition; l'aboulie est le non vouloir, l'inhibition est le non pouvoir, l'inhibition correspond comme nous l'avons déjà dit à l'aboulie de MM. Magnan et Dejermil, M. Cotard fit à cette époque une communication sur ce sujet à la société de psychologie-physiologique (2). L'auteur se place au point de vue psychologique tandis que son élève, M. Langle s'était placé au point de vue clinique; il en arrive néanmoins aux mêmes conclusions, séparation très nette de l'aboulie et de l'inhibition. Nous reviendrons plus loin sur ces importants travaux. C'était aussi à cette même époque que M. Régis, dans son cours à la faculté de médecine de Bordeaux, étudiait les formes psychiques de la neurasthénie, et dans l'Exposé (3) d'un classement méthodique des maladies mentales adressé à la société de médecine mentale de Belgique, il réservait dans le cadre de ces maladies une place pour les neurasthénies abouliques.

M. Régis a fait en outre une communication sur le même sujet à la société de médecine de Bordeaux, le

(1) Langle. De l'action d'arrêt ou inhibition dans les phénomènes psychiques. Th. de Paris, 1885-86.

(2) J. Cotard. De l'aboulie et de l'inhibition ou pathologie mentale. Compte rendu de la société psychologique, 1886.

(3) Régis. Exposé d'un classement méthodique des maladies mentales. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique, 1888.

10 février 1891, et dans la seconde édition de son traité de médecine mentale, un chapitre est consacré à l'étude des Neurasthénis Psychiques. L'auteur a eu l'extrême obligeance de nous le communiquer au moment où il allait le mettre sous presse. Nous ne citerons de cet important chapitre, que la partie qui traite des lésions de la volonté d'action.

« La division des obsessions en intellectuelles, émotives et impulsives a le défaut de ne pas tenir compte de toute une catégorie d'obsessions cependant bien importante : celles qui se caractérisent non plus par l'impossibilité de repousser une idée ou un acte qui s'imposent, mais, au contraire, par l'impossibilité de fixer une idée ou d'accomplir un acte déterminés. Il est vrai que les obsessions de cette nature figurent sous le nom d'aboulies dans quelques-unes des nomenclatures en cours, (Magnan Saury) mais elles n'y figurent qu'à titre accessoire, confondues avec toutes les autres, alors que pour nous elles constituent une forme particulière opposée à l'impulsion, dont elles sont pour ainsi dire la contre-partie.

La meilleure manière de comprendre les obsessions est encore de remonter à la source et de prendre pour base la pathogénie. Or lorsqu'on analyse le mécanisme intime de ce phénomène, on s'aperçoit que ce qui est lésé en lui, c'est la volonté, prise en tant que fonction cérébrale. C'est là une vérité reconnue de tous les psychologues et cliniciens, depuis Billod qui l'a signalée le premier en décrivant quelques cas de ce genre sous le titre significatif de lésions de la volonté, jusqu'à

Morel. Th. Ribot et Tamburini qui ont achevé de la mettre en évidence.

« Qu'est-ce donc que la volonté et comment s'exécute-t-elle à l'état normal ?

« Des incitations diverses, parties de la sensibilité, viennent stimuler les centres nerveux, ou elles déterminent en fin de compte, après une série d'opérations plus ou moins compliquées, deux sortes de réaction : une réaction d'arrêt ou d'inhibition, qui repousse certaines d'entre elles ; une réaction de renforcement ou d'impulsion, qui transmet les autres aux organes moteurs, en les transformant en actes. »

La volonté d'après cette formule synthétique, est donc une fonction cérébrale composée de trois éléments : un élément centripète, l'excitation : un double élément réactionnel, la fonction d'arrêt et la fonction motrice. L'état normal réside dans l'équilibre de ces trois forces et il y a évidemment lésion de la volonté, toutes les fois que cet équilibre est détruit.

« Plusieurs cas peuvent se présenter. Dans l'un, la lésion porte sur l'élément exciteur, les forces réactionnelles restant les mêmes, et alors, ou bien l'excitation est trop forte et il en résulte un acte irrésistible (impulsion) ou bien l'excitation est trop faible ou nulle et l'activité est suspendue (aboulie). Dans un autre cas la lésion porte sur l'élément réactionnel ; l'excitation restant normale et alors c'est la force d'arrêt qui est atteinte d'où résulte encore un acte irrésistible (impulsion) ou c'est la force motrice, et l'acte n'est plus possible (aboulie).

« Les lésions de la volonté sont donc de deux ordres, 1^o les lésions par trouble de l'excitation centripète, (impulsion et aboulie par excès et par défaut d'excitation); 2^o les lésions par trouble de la réaction centrale (impulsion et aboulie par défaut de force d'arrêt et défaut de force motrice).

Cette classification des maladies de la volonté, pour si psychologique et si théorique qu'elle paraisse, n'en est pas moins absolument clinique, et elle suffit à expliquer les différences observées dans les diverses sortes d'impulsions et d'aboulies. On se rend compte en effet par là comment les lésions de la volonté, par trouble de l'excitation centripète se rencontrent dans les folies caractérisées par l'exagération ou la diminution de la sensibilité, (folies hallucinatoires, mélancolie) tandis que celles dues au trouble de la réaction centrale sont le propre des maladies à épuisement nerveux (Neurasthénie). Bien plus on comprend de la sorte que l'impulsion des folies systématisées, provoquées par une excitation sensorielle intense, comme l'hallucination, revête des caractères spéciaux de spontanéité et de soudaineté, la distinguant de l'impulsion de la neurasthénie par défaut d'arrêt central, avec sa résistance plus ou moins longue et son angoisse concomitante. On saisit de même les différences entre l'aboulie inerte, passive et indolente du mélancolique, qui n'est pas sollicité à agir faute d'excitation périphérique (non vouloir) et l'aboulie émotive douloureuse et angoissante du neurasthénique, qui sollicité d'agir par des incitations normales, s'épuise pour le faire en efforts superflus, ayant perdu sa force d'action.

« Nous pouvons donc admettre que les obsessions neurasthéniques sont des lésions de la volonté, par trouble de la réaction centrale, différentes des lésions similaires observées dans la folie, et qu'il est passible de les diviser en Impulsions et Aboulies, suivant que c'est la force d'arrêt ou la force d'action qui est plus particulièrement atteinte.

« Ainsi toute obsession neurasthénique caractérisée par une idée, une émotion, ou un acte irrésistible par insuffisance d'action d'arrêt est une impulsion, par contre, toute obsession neurasthénique caractérisée par une idée, une émotion ou un acte, impossible par une insuffisance d'action motrice, est une aboulie quel que soit le résultat final du conflit psychique qui s'opère.

Tout récemment M. Pierre Janet a publié dans la Revue Philosophique l'observation d'un cas d'aboulie suivie de considérations psychologiques et cliniques, qui ont présenté pour nous un grand intérêt et dont nous aurons souvent à parler dans ce travail.

SYMPTOMES

Dans la description de l'Aboulie nous distinguerons :
1^o Des symptômes objectifs, c'est-à-dire pouvant être perçus par le médecin et l'entourage du malade ; 2^o des symptômes subjectifs ne pouvant être perçus par le malade lui-même, ce qui revient à dire que dans la première partie nous rechercherons quels sont les actes qui sont impossibles au malade, et dans la seconde partie il nous dira pourquoi ces actes lui sont impossibles.

Au point de vue des symptômes objectifs, les malades peuvent être divisés en deux grandes catégories. Les uns ne peuvent rien faire, d'autres au contraire peuvent tout faire sauf un petit nombre d'actes, quelquefois les plus futiles et les plus insignifiants.

Nous commencerons par l'étude des malades de la seconde catégorie qui sont les plus intéressants ; nous étudierons d'abord l'impossibilité de faire un travail intellectuel.

Le travail volontaire le plus élémentaire de l'esprit

est l'attention, certains malades présentent une impossibilité quelquefois totale de fixer leur attention sur tel ou tel sujet. Guge, d'Amsterdam(1), qui a remarqué que cet état pouvait se rencontrer chez des malades atteints d'affections nasales, lui a donné le nom d'Aproselnie (de α et $\eta\rho\omicron\sigma\epsilon\chi\epsilon\iota\nu$). Chaque fois que le malade fait effort pour fixer son attention, il ressent des douleurs de tête qui vont quelquefois jusqu'au vertige.

Cet état morbide se manifestera de différentes manières suivant que le malade fera un travail purement intellectuel : réfléchit, lit ou bien prend part à une conversation.

Dans le premier cas, lorsque le malade veut fixer son attention sur une idée, il ne peut y parvenir parce que comme le dit le malade dont Brochin a rapporté l'observation(2) « le cerveau est obsédé de pensées intruses qui y pullulent s'y succèdent et s'y mouvent avec une grande rapidité, comme s'il y avait dans la tête suivant l'expression de Sainte-Beuve une braise allumée qui tournoie sans cesse. »

Si le malade prend un livre, la lecture lui sera très pénible et parfois même impossible. Un malade de Bernheim (3) disait : « En lisant j'étais obligé de relire

(1) Biologische Centralblatt, 1^{er} janvier 1888 et Congrès des Médecins et Naturalistes allemands, septembre 1888. Revue de Laryngologie et d'Otologie. 1889, p. 54.

(2) Brochin. Maladies nerveuses. Dict. Encyclop.

(3) Bernheim. Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie, 1891, p. 340.

dix fois la même phrase sans arriver à l'entendre. Quand j'arrivais à la fin j'avais oublié le commencement. »

Lorsque le malade se trouvera en compagnie, il lui sera difficile de suivre la conversation parce que les mots et les phrases ne lui laisseront aucun souvenir et parce qu'il aura beaucoup de peine à rassembler et à diriger ses propres idées. On comprend que dans de pareilles conditions, quand il prendra la parole, les *lapsus lingue* ne seront point rares. Le docteur Morton (1) a communiqué à la Société de Neurologie de New-York l'observation d'un médecin qui, entre autres troubles nerveux présentait une impossibilité telle de fixer son attention qu'il lui arrivait souvent de répéter une phrase banale lorsque son intention était de demander tel ou tel objet. Certains malades trouvent difficilement le mot et sont obligés d'en prononcer plusieurs avant de rencontrer celui qu'ils cherchent. M. Levilain dans son récent ouvrage sur la Neurasthénie, cite l'observation d'un malade, père d'une nombreuse famille qui, pour appeler son sixième enfant était obligé de nommer les cinq qui le précédaient.

Chez le malade de Brochin, c'était pis encore : il voyait successivement toutes les idées lui échapper de sorte qu'il lui était impossible de parler. Il avait donné le nom de Dysgraphie cérébrale à ce symptôme.

(1) Morton. Morbid somnolence, The Journal of Nervens and Mental Diseases, 1884.

(2) Levilain. Neurasthenie, 1891.

Nous venons d'étudier les troubles que l'aboulie apporte dans la sphère intellectuelle, nous allons voir maintenant ceux qu'elle apporte dans la sphère motrice. Ils peuvent être quelquefois minimes c'est-à-dire ne s'étendre qu'à un acte parfois très simple. « L'une de ses manifestations les plus fréquentes, dit M. Régis (1), consiste dans l'impossibilité pour le malade de se lever d'un siège lorsqu'il est assis. Le désir de l'acte existe chez lui, et il fait effort pour l'accomplir, mais sa force d'impulsion est insuffisante et ses tentatives de plus en plus angoissantes, n'aboutissent qu'à la crise émotive caractéristique de la neurasthénie. Dans un autre cas, le malade peut marcher, se lever, s'asseoir, mais ne peut monter sans éprouver la même obsession inhibitoire, comme ce prêtre que le docteur Lichwitgs a connu chez Krafft-Ebing qui ne pouvait franchir les marches de l'autel au moment de dire sa messe, surtout lorsque l'église était pleine de monde. Mais il lui suffisait de s'appuyer même très légèrement sur l'enfant de chœur, pour vaincre son obsession. J'ai donné au premier de ces états le nom d'ananastasié, de α primitif et $\alpha\nu\alpha\tau\alpha\iota\varsigma$ action de se lever, et au second celui d'anabasié de α primitif et $\alpha\nu\alpha\beta\alpha\delta\iota\varsigma$ action de monter. On remarquera que les termes d'ananastasié et d'anabasié sont à peu près identiques à ceux d'astasié abasié créés par M. Charcot pour désigner une modalité névropathique, dont M. Blocq a donné en 1888 une

(1) Régis. *Loc. citato*.

excellente description et qui est caractérisé par l'impossibilité, chez certains hystériques, de se tenir debout ou de marcher.

« Je dois dire qu'il s'agit là d'une pure coïncidence, car c'est déjà en 1886 et sur l'indication d'élèves d'agrégation en philosophie présents à mon cours que j'employai, pour la première fois, ces néologismes auxquels du reste je ne tiens en aucune façon : leur utilité me paraissant ici, comme je l'ai dit maintes fois, des plus contestables. »

Nous verrons plus loin quelles sont les différences qui séparent l'Anastasie de M. Régis de l'Astasie Abasie de M. Charcot, mais comme avec M. Régis nous croyons qu'il n'y aurait qu'à perdre à donner un nom à chaque forme d'aboulie, nous nous contenterons simplement d'indiquer celles que l'on a rencontré jusqu'ici sans créer de néologisme.

L'impossibilité d'aller dans telle ou telle direction a été signalée par plusieurs auteurs. Elle a été rangée par un grand nombre parmi les symptômes de l'Agoraphobie. Il est certain que le plus souvent dans ces cas la peur morbide est le phénomène primitif; mais dans d'autres cas nous croyons que le fait primitif c'est l'aboulie, l'anxiété qui survient n'est que la conséquence du trouble de la volonté d'action. Cette impossibilité d'aller où le malade désirerait aller, de marcher dans la direction qu'il désirerait suivre se présente sous les aspects les plus divers. Le malade de Billod, par exemple, s'apprête à sortir, il n'éprouve pas la moindre difficulté à faire sa toilette; mais une fois rasé, habillé

et même ganté; il ne peut malgré les plus grands efforts parvenir à franchir le seuil de sa porte. Le malade de Cabadé (Observation V) est obligé de prendre deux, trois et dix fois l'élan pour dépasser une borne de la route.

L'impossibilité de se vêtir n'est point rare, chez un de nos malades on verra même que cette impossibilité n'atteignait que certaines parties des vêtements (Observation XIII).

Une autre de nos malades, femme très laborieuse éprouvait les plus grandes difficultés à se lever, elle restait parfois au lit jusqu'à une heure avancée de l'après-midi; ce n'est point qu'elle éprouvât au lit la moindre jouissance, loin de là : toute la matinée était passée en efforts successifs pour se lever, mais chaque effort n'aboutissait qu'à provoquer un état d'angoisse que la malade appelait une crise. Heureusement qu'elle était très suggestible et il suffisait que son mari ou sa belle-sœur vinssent lui dire, ou plutôt lui ordonner, de se lever pour qu'elle put immédiatement sortir de son lit (Observation XII).

Un autre malade ne peut point se mettre à table ou du moins ne s'y met qu'après les exhortations les plus vives de la part des parents.

Un malade de Beard se rend à la gare pour aller dans une autre ville, arrivé devant le guichet il ne peut à aucun prix, malgré les plus grands efforts, arriver à tendre la main pour prendre le billet.

M. Magnan a rapporté en 1885 à la Société Médico-Psychologique l'observation d'une femme qui, étant

assise, était parfois dans l'impossibilité de se lever et réciproquement.

M. Ribot (1) rapporte d'après Bénéte le cas d'un malade qui, demandant un verre à son domestique laissait ce dernier devant lui pendant une demi-heure regardant le verre et ne pouvant le prendre.

Un malade de Billod dont nous avons déjà parlé écrit une procuration à sa femme, signe, mais ne peut achever son paraphe qu'après des efforts inouïs.

Parfois la maladie atteint un groupe d'actes tels que ceux nécessaires pour faire sa toilette ou pour exercer sa profession : à cette dernière forme M. Levilain a donné le nom d'Impuissance professionnelle.

La seconde catégorie de malades comprend ceux où l'aboulie s'étend à tous les actes. Ici les caractères objectifs seront, on le comprend, peu variés, ils se résument en un seul, l'inertie, inertie permanente qui révèle immédiatement l'existence de l'aboulie. Les malades de la première catégorie au contraire ne présenteront aucun trouble pouvant faire soupçonner l'existence de leur maladie s'ils évitent de tenter les actes qui leur sont impossibles en offrant au moins pour eux de grandes difficultés.

L'étude des maladies de la volonté n'est guère possible que chez les malades qui jouissent de leur lucidité d'esprit, aussi peuvent-ils dans la grande majorité des cas nous donner des renseignements quelquefois très

(1) Ribot, Maladies de la volonté.

précis sur leur état; l'étude des symptômes subjectifs présente donc chez eux un très haut intérêt.

Pour Langle et Cotard, comme nous l'avons déjà dit, tout les malades interrogés sur les motifs qui les empêchent d'agir répondent les uns : Je ne puis pas vouloir; les autres : Je ne puis pas pouvoir.

Assurément on ne peut nier que certains font sur ce point les réponses les plus catégoriques et qu'il y a certains exemples types de Non-Vouloir et de Non-Pouvoir. En lisant l'observation du malade de Leuret, on verra que le malade se plaint de ne pas vouloir écrire à sa mère, de ne pas vouloir s'habiller convenablement. Je ne puis pas vouloir, dit le malade.

A côté de ce malade nous allons placer celui de Morton dont nous avons déjà parlé : « Je suis parfaitement incapable de diriger mon esprit, dit celui-ci, et à ce point de vue ma situation est tout à fait identique à celle d'un homme qui voudrait soulever un poids, qu'il ne pourrait pas même remuer. Je fais l'effort mental, je sens la décharge nerveuse, le courant est ouvert, mais soit qu'il soit trop faible, soit qu'il y ait trop de frottement, ma machine mentale ne marche point. » La différence entre les deux états est ici des plus nettes, mais nous nous empressons de faire remarquer que nous avons pris les deux cas les plus dissemblables. Nous ferons remarquer aussi que les deux malades avaient une instruction au-dessus de la moyenne, celui de Morton était même médecin; par conséquent ils étaient dans les meilleures conditions pour analyser les symptômes morbides qu'ils présentaient et en faire une description bien précise.

Chez des malades moins intelligents ou moins instruits, je crois qu'il serait difficile d'obtenir des réponses aussi précises. Il semble cependant que le non-vouloir se rencontre plus fréquemment dans l'aboulie généralisée et le non pouvoir dans les formes localisées.

Nous avons dit en parlant des actes volontaires normaux, que certaines sensations et certaines émotions exerçaient sur eux, tantôt une action dynamogène, tantôt une action inhibitoire ; nous retrouvons des faits analogues dans l'étude de l'aboulie ; mais on est encore loin de posséder sur ce point des connaissances très précises. A l'état normal, nous savons que les émotions que l'on éprouve quand on doit parler ou faire un travail devant un public plus ou moins nombreux, ont tantôt une action dynamoyene, tantôt une action dépressive. Dans l'aboulie, certains malades se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir un acte déterminé quand ils se trouvent en public, tandis qu'ils n'éprouvent aucune gêne pour accomplir ce même acte quand ils se trouvent seuls et inversement.

Le malade que le docteur Lichwitz a vu dans le service de Kraff Effing se trouvait d'autant plus gêné pour monter à l'autel, que les assistants à l'office étaient plus nombreux. Chez le malade de M. Cabadé (Observation V) au contraire, la présence d'une ou plusieurs personnes suffisait quelquefois pour lui faire retrouver toute son énergie. Avant de lui délivrer un certificat pour le faire dispenser des 28 jours, M. Cabadé voulut le faire examiner, sans qu'il s'en doutât, par deux médecins des hôpitaux d'une grande ville qui vinrent

diner chez lui, le malade fut invité aussi, mais pendant le repas, il n'hésita jamais dans aucun de ses mouvements ; les médecins se croyaient mystifiés, mais une fois que le malade eut pris congé d'eux, les mêmes hésitations reparurent, et depuis la fenêtre, les médecins, d'abord incrédules, le virent obligé de revenir deux, trois et quatre fois sur ses pas et prendre l'élan pour franchir une pierre ou l'ombre d'un arbre.

L'influence de la volonté d'une personne étrangère sur ces malades est aussi très variable et très intéressante ; nous ne parlerons ici, bien entendu, que de la suggestion à l'état de veille. Nous avons vu qu'une de nos malades pour se lever du lit avait besoin du secours moral d'une autre personne ; l'aboulie, chez cette femme, cédait au premier commandement. Chez d'autres malades, au contraire, elle n'est point si facile à vaincre, chez certains mêmes, il faut y ajouter un commencement de violence. Billod raconte, qu'étant à Marseille, il se dirigeait avec son malade vers le bateau qui devait les porter en Italie, lorsque à un moment donné, M. P. lui dit qu'il ne peut pas aller plus loin. Ses injonctions n'y faisant rien, Billod va chercher quatre marinières qui n'eurent qu'à se montrer pour que le malade se remit à marcher. Au point de vue médico-légal, l'influence des émotions ou d'une volonté étrangère sur l'affection, pourraient dans certains cas avoir une certaine importance.

PATHOGÉNIE

Différentes théories ont été proposées pour expliquer le mécanisme de l'aboulie. Les principales sont celles de M. Th. Ribot, de M. Cotard, de M. Régis et de M. Pierre Janet.

M. Ribot a exposé la sienne, dans son ouvrage, *Maladies de la volonté* (1). « D'où vient cette impuissance à la volonté, dit cet auteur ? Ici commencent les inductions. Il n'y a pas deux hypothèses possibles sur sa cause immédiate : elle consiste en un affaiblissement en bien des centres moteurs, en bien des incitations qu'ils reçoivent.

« La première hypothèse n'a, en sa faveur aucune raison valable. Du moins, on en sait trop peu sur ce point, même pour conjectures.

« Reste la seconde. L'expérience la justifie. Esquirol nous a conservé la réponse remarquable que lui fit un

(1) Ribot. *Maladies de la volonté* p. 30.

malade après sa guérison. « Ce manque d'activité venait de ce que mes sensations étaient trop faibles pour exercer une influence sur ma volonté. » Le même auteur a aussi noté le changement profond que ces malades éprouvent dans le sentiment général de la vie. « Mon existence, lui écrit l'un d'eux, est incomplète ; les fonctions, les actes de la vie ordinaire me sont restés, mais dans chacun d'eux il manque quelque chose, à savoir la sensation qui leur est propre et la joie qui leur succède. Chacun de mes sens, chaque partie de moi-même est pour ainsi dire séparée de moi et ne peut plus me procurer aucune sensation. » Un psychologue exprimait-il mieux à quel point la vie affective est atteinte dans ce qu'elle a de plus général ? Billod rapporte le cas d'une jeune italienne « d'une éducation brillante » qui devint folle par chagrin d'amour, guérit, mais pour tomber dans une apathie profonde pour toute chose. « Elle raisonne sainement sur tous les sujets ; mais elle n'a plus de volonté propre, ni de force de vouloir, ni d'amour, ni de conscience de ce qui lui arrive, de ce qu'elle sent, de ce qu'elle fait... Elle assure qu'elle se trouve dans l'état d'une personne qui n'est ni morte, ni vivante, qui vivrait dans un sommeil continu, à qui les objets apparaissent comme enveloppés d'un nuage, à qui les personnes semblent se mouvoir comme des ombres, et les paroles venir d'un monde lointain.

« Si, comme nous le verrons longuement plus tard, l'acte volontaire est composé de deux éléments bien distincts : un état de conscience totalement impuissant

à faire agir ou à empêcher, et des états organiques qui seuls ont ce pouvoir ; il faut admettre que les deux événements, d'ordinaire simultanés, parce qu'ils sont les effets d'une même cause, sont ici dissociés. L'impuissance à agir est un fait. L'intensité de l'état de conscience (qui, en tous cas, est intermittente) est-elle un fait ? Alors il faudrait admettre que les conditions nécessaires et suffisantes se rencontrent, mais pour cet événement seul. Est-elle une illusion ? J'incline à le supposer. L'ardente envie d'agir que quelques-uns de ces malades croient éprouver, me fait une simple illusion de leur conscience. L'intensité d'un désir est une chose toute relative. Dans cet état d'apathie générale, telle impulsion qui leur paraît vive est en fait au-dessous de l'intensité moyenne, d'où inaction. En étudiant l'état de la volonté dans le somnambulisme, nous verrons plus tard que certains sujets sont persuadés qu'il ne tiendrait qu'à eux d'agir, mais que l'expérience les oblige finalement à avouer qu'ils ont tort et que leur conscience les trompe complètement.

• Au contraire, quand une excitation est très violente, brusque, inattendue, c'est-à-dire qu'elle réunit toutes les conditions d'intensité, le plus souvent elle agit. Nous avons vu plus haut, un malade retrouver son énergie pour sauver une femme écrasée.... Si ces malades ne peuvent vouloir, c'est que tous les objets qu'ils conçoivent n'éveillent en eux que des désirs faibles, insuffisants pour les pousser à l'action.... La cause est donc une insensibilité relative un affaiblissement général de la sensibilité ; ce qui est atteint, c'est la vie affective, la possibilité d'être émue. •

M. Langle (1) et M. Cotard (2) ont, en 1886, divisé les maladies de la volonté d'action en deux groupes : l'Aboulie et l'Inhibition. C'est M. Cotard qui a surtout développé la partie théorique. Il a soutenu que, entre l'Aboulie et l'Inhibition, il y a une différence, non pas de degré, mais de mécanisme. Pour cet auteur, l'aboulie reconnaît pour cause : 1° le défaut de désir de mobile ; 2° l'impuissance à agir. L'inhibition reconnaît pour cause un empêchement extérieur.

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Il y a dans l'ensemble de l'activité psychique un moi et un non-moi.

2° L'aboulie a son origine dans les états pathologiques du moi proprement dit.

3° L'inhibition semble provenir des régions extérieures du moi.

Ainsi, cet auteur, à l'encontre de Ribot, admet que toutes les maladies de la volonté ne reconnaissent point pour cause un manque de désir. Cependant, nous devons faire remarquer que pour M. Langle et M. Cotard, le champ de maladie de la volonté d'action est très étendu, il va du mélancolique, absolument inerte, qui n'éprouve plus aucun sentiment, à l'halluciné, qui reste immobile parce que à son oreille une voix lui répète : Si tu bouges, tu es mort. Dans le premier cas,

(1) Loco-citato.

(2) Loco-citato.

nous ne croyons point qu'il puisse y avoir lésion de la volonté puisque le malade ne pensant à rien, ne peut rien désirer. Dans le second cas, nous croyons que l'activité volontaire n'est point altérée, elle subsiste certainement, mais elle est au service d'une mauvaise cause : le malade obéit à son hallucination comme le soldat obéit au commandement de : fixe. On ne peut point dire que chez ce dernier, l'immobilité tient à un défaut de volonté.

Dans le travail tout récent de M. Pierre Janet dont nous avons déjà parlé, nous trouvons sur ce point des observations qui présentent le plus haut intérêt. Nous indiquerons d'abord les critiques que l'auteur adresse aux psychologues, et entre autres à Th. Ribot, qui ont voulu rattacher l'aboulie à une diminution de la sensibilité, à une disparition des émotions ordinaires et des désirs.

« 1^o N'est-il pas à craindre, dit-il (1), que ces auteurs ne se laissent guider ici par des considérations trop théoriques. Ils semblent croire que les états affectifs, les émotions soient les seuls phénomènes capable de produire des mouvements, et quand ils constatent une disparition des mouvements, ils supposent de suite une suppression des désirs et des émotions. Il faut nous souvenir que tous les phénomènes psychologiques sont psycho-moteurs, qu'une image visuelle, une pensée

(1) Revue de Philosophie. Mars 1891. p. 382.

quelconque peuvent déterminer des mouvements et observer les faits dans cette préoccupation.

2° Dans cette explication de l'aboulie, les auteurs semblent croire que ce symptôme se manifeste seul. Nous avons vu que, le plus souvent, l'aboulie est accompagnée par des mouvements automatiques nombreux, une très grande suggestibilité des idées fixes et des impulsions. Si l'absence des désirs explique, à la rigueur, la disparition des actes volontaires, nous comprenons mal comment ce calme des passions va amener des idées fixes et des impulsions.

3° Enfin, les faits que nous avons observés sur plusieurs sujets de ce genre, ne nous paraissent pas justifier cette supposition. J'ai appris à mes dépens combien Marcelle était susceptible et émotionnable : un mot maladroit, une question indiscrete la mettent au désespoir ; elle a pleuré pendant toute une journée et s'est fâchée contre moi pendant huit jours, parce que je lui avais demandé ce qu'elle buvait à table chez ses parents. Elle a des colères extrêmement rapides qu'elle ne peut pas maîtriser ; elle est craintive et même peureuse au dernier degré. Ses affections qu'elle a conservé pour quelques personnes sont aussi vives que sa haine pour ses parents. Enfin je constate chez elle tous les genres d'émotions toutes les passions. Il en est de même d'ailleurs pour tous les autres malades du même genre ; elles ne sont pas trop peu sensibles, elle sont beaucoup trop émotionnables, comme les hystériques. Ce caractère, du reste, ne nous surprend pas : les émotions se rattachent probablement à cet automatisme des idées et des mouvements qui n'est pas ici supprimé, mais exagéré. »

Une étude très attentive des divers symptômes présentés par plusieurs malades a conduit M. Janet à donner de l'aboulie une explication qui, comme nous le verrons plus loin, diffère beaucoup de celle de M. Ribot. M. Janet a d'abord étudié le trouble des actes volontaires. Il a remarqué que plus un acte était nouveau pour la malade, plus il devenait difficile pour elle de l'accomplir. Sur une table, elle prendra très bien son crochet, mais n'arrive que difficilement à prendre un porte-mine qu'elle voit pour la première fois. Peu à peu elle s'habitue à prendre le porte-mine et alors, c'est un autre nouvel objet qu'elle ne peut atteindre. Elle entre difficilement dans une chambre qui ne lui est point familière.

Quoique l'ouïe et la vue ne laissent rien à désirer, cependant elle n'a qu'une notion très vague très incertaine des objets qui l'entourent, de la musique qu'elle entend, parfois elle ne peut comprendre les paroles, qu'on prononce devant elle. Elle présente en outre au plus haut point le symptôme que nous avons décrit sous le nom d'Aprorexie, elle peut lire mais elle ne comprend pas. Nous avons vu que jusqu'ici on croyait que les malades ne comprenaient point le sens de la phrase parce qu'ils oubliaient le sens des mots. M. Janet va nous montrer que tel n'est point au moins dans le cas qu'il a observé, le mécanisme de ce trouble intellectuel : « C'est un spectacle curieux pour un psychologue, que la façon dont Marcelle lit un journal. Je lui désigne un alinéa que je la prie de lire. Elle obéit et semble lire tout bas : « C'est fait dit-elle. — Bien, qu'avez vous lu ?

de quoi s'agit-il ? — Tiens, je n'en sais rien, laissez-moi relire. » Elle relit tout bas. « Eh bien ? » Elle reste étonnée : « Mais, dit-elle, je ne sais pas de quoi il s'agit, cela n'entre pas dans ma tête. — Lisez tout haut. » Elle lit tout haut et très correctement quoique d'une voix monotone, mais quand elle a fini, le résultat est le même : elle n'a rien compris. Elle lit du français comme elle lirait une langue étrangère ; elle prononce les mots, elle comprend à la rigueur chacun d'eux isolément, mais n'entend absolument rien au sens du paragraphe. Les sensations ne lui manquent pourtant pas, puisqu'elle lit correctement à haute voix. Est-ce encore une insuffisance de mémoire ? Pas davantage. Il m'est arrivé une fois, immédiatement après la lecture à haute voix, de lui demander les mots qui étaient contenus dans ces deux lignes. Elle a pu les réciter presque tous, mais sans comprendre la phrase. Cette récitation des mots ne se fait pas dans l'ordre de la lecture, mais semble se faire suivant l'ordre des associations banales. Elle récite ensemble les mots de même consonance ou de même nature. Un jour elle lisait un petit alinéa sur un incendie, qui contenait plusieurs chiffres, la date, le nombre des maisons brûlées, le nombre des victimes. Elle me récita à la suite et sans erreur tous les chiffres contenus dans l'alinéa, mais sans comprendre ce qu'ils signifiaient. On voit que cette altération intellectuelle ne porte ni sur la sensation, ni sur la mémoire, ni sur l'association des idées entendue dans le sens vulgaire. »

« En cherchant à varier le phénomène, je lui donnai

à lire des choses de plus en plus simples, des simples phrases de quelques mots; elle arrivait alors quelquefois à les comprendre, mais retombait dans les doutes ordinaires : Est-ce cela?... c'est cela si vous voulez. » La complexité des sensations à comprendre joue donc ici un rôle. Mais la condition principale est ailleurs. Je lui avais fait lire un alinéa de journal annonçant le mariage d'un personnage très connu et décrivant la cérémonie. Après la lecture, faite à haute voix, je m'étais efforcé de lui faire comprendre de quoi il s'agissait. Comme elle comprend mieux la parole surtout la mienne, elle avait fini par le saisir. Le lendemain, je lui fit relire d'abord un autre alinéa; elle n'y comprit rien, puis, sans la prévenir, je lui remis sous les yeux le paragraphe expliqué et compris la veille. Elle le lut tout haut et s'écria toute fière : « Ah, mais c'est le mariage de M. X., et la cérémonie à l'église... Vous voyez comme je comprends maintenant. » Je pus répéter cette petite expérience pendant plusieurs jours : un article quelconque n'était jamais compris, fût-il de deux lignes, mais quand elle lisait son article, elle triomphait sans se douter elle-même de la véritable raison pour laquelle elle le comprenait si bien. »

« Cette raison, on l'a vue, c'était que l'article avait déjà été compris une fois, et les autres articles n'étaient point compris parce qu'ils étaient nouveaux. Il faut, pour comprendre ce qu'on lit, faire dans son esprit la synthèse nouvelle des différentes sensations visuelles, et quand il s'agit d'un livre nouveau, c'est évidemment une synthèse nouvelle. Les expériences nous montrent

quesi la complexité de la synthèse intervient bien un peu pour troubler l'esprit de Marcelle, c'est surtout la nouveauté de la synthèse qui supprime totalement la perception. Quand cette synthèse a été une fois faite par un procédé quelconque, elle se répète ensuite automatiquement. Les éléments n'ont plus besoin d'être liés, ils le sont déjà ; il ne s'agit plus d'une synthèse, mais d'une association d'idées, et Marcelle l'a fait fort bien sans hésitation et sans doute. Nous avons déjà insisté plusieurs fois sur la distinction, capitale à notre avis, de ces deux opérations : l'observation présente la justification encore, en nous montrant que l'un de ces phénomènes peut être conservé, tandis que l'autre disparaît. »

« Les observations précédentes s'éclairent par cette remarque ; nous comprenons pourquoi Marcelle sait bien où elle est et n'a même pas de doute sur la réalité des objets quand elle est dans l'infirmerie ; pourquoi elle doute quand elle va au concert dans une salle du même service, et pourquoi elle ne comprend absolument plus rien, quand elle va dans le parc. Beaucoup d'observateurs ont signalé dans la folie du doute cette singulière manière de percevoir les choses : « Elle assure, dit l'un d'eux, qu'elle se trouve dans l'état d'une personne qui n'est ni morte ni vivante. Qui vivrait dans un sommeil continuel, et à qui les objets apparaissent comme enveloppés d'un nuage ; à qui les personnes semblent se mouvoir comme des ombres, et les paroles venir du lointain. » M. Ribot qui cite ses paroles explique cet état par un trouble dans les émotions, nous croyons avoir montré, en considérant des degrés plus

forts et plus nets, de la même maladie, qu'il s'agit d'une altération de la perception soit personnelle, soit extérieure, et que cette altération est due surtout à une *incapacité de synthétiser les impressions nouvelles, qu'elles viennent du dedans ou du dehors.* »

Comme on vient de le voir les expériences de M. Pierre Janet sont très précises et nous croyons que les conclusions qu'il en tire sont tout à fait justes pour ce qui regarde sa malade, mais nous ne croyons pas qu'elles puissent s'appliquer à tous les cas, il nous semble qu'il y a des cas d'aboulie qui reconnaissent pour cause un défaut d'excitation. Dans certaines formes de mélancolie, en effet, le malade reste toujours apathique jusqu'à sa guérison. La malade même que M. Pierre Janet cite après Ribot pour la comparer à Marcelle ne présenta après son accès de manie aucune impulsion, l'observation qu'on lira plus loin n'en fait pas au moins mention.

Aussi croyons-nous avec M. Régis que l'aboulie peut être due, 1^o à un défaut d'excitation; 2^o à un trouble de l'élément réactionnel, ce trouble de l'élément réactionnel dans certains cas consiste., M. Janet l'a démontré, dans une impossibilité de synthétiser les impressions nouvelles qu'elles viennent du dedans ou du dehors. Cette explication s'applique-t-elle encore à tous les cas d'aboulie ou le défaut d'excitation ne pourrait être mis en cause? Nous croyons qu'il est impossible pour le moment de répondre à cette question; et de nouvelles recherches nous paraissent nécessaires.

FORMES CLINIQUES

L'aboulie, comme nous l'avons déjà dit ne constitue point une entité morbide elle n'est qu'un syndrome susceptible de se présenter sous différents aspects suivant la maladie à laquelle il se rattache.

Nous commencerons par étudier l'aboulie dans la neurasthénie.

Ce mot de neurasthénie date de 1868 mais les principaux symptômes de la maladie à laquelle il s'applique avaient été décrits tant en France qu'à l'étranger sous les noms les plus divers. Béard de New-York dans une série de travaux qu'il a publié de 1868 à 1882 a montré que tous ces différents troubles nerveux n'étaient que les symptômes d'une seule et même maladie qu'il a appelé Neurasthénie. » M. Charcot en France a fait connaître (1) les travaux de Béard et les a complétés si bien que son élève M. Levilain a pu dire dans l'ouvrage (2) qu'il vient de faire paraître tout récemment

(1) Leçons du mardi. 1888-89.

(2) Levilain. Neurasthenie. 1891.

sur ce sujet « que si Bérard était le père de la Neurasthénie M. Charcot en avait été le parrain. » M. Charcot a précisé le sens du mot Neurasthénie, il a montré que cette maladie présentait des symptômes tels que la céphalée spéciale, l'insomnie, la rachialgie, etc., qui étaient tellement fréquents dans cette affection qu'on pouvait les regarder comme de vrais stigmates. Ces stigmates permettent de reconnaître la maladie dans les manifestations les plus bizarres, car comme l'Hystérie « sa cousine germaine » selon l'expression de M. Pitres elle présente les symptômes les plus variés. Ces symptômes affectent cependant divers groupements de façon à constituer des formes cliniques. Une de ces principales formes est celle où les symptômes psychiques prennent la première place; à cette forme on a donc le nom de Cerebrasthénie, M. Regis lui a donné le nom de Neurasthénie Psychique. Les troubles psychiques atteignent très rarement l'intelligence; on ne remarque pas non plus chez ces malades des hallucinations de la vue ni de l'ouïe; mais ce qui les caractérise c'est un affaiblissement plus ou moins notable de la volonté.

La volonté d'arrêt et la volonté d'action sont le plus souvent atteintes, mais nous n'avons à nous occuper ici que des troubles de la seconde.

L'aboulie dans la neurasthénie ne s'étend point dans la plupart des cas à tous les actes de la vie, elle atteint plus spécialement le travail intellectuel et le travail professionnel. C'est chez les Neurasthéniques que l'on rencontre les différentes formes d'Aprosexie dont nous

avons déjà parlé. Béard, Strahan (1) avaient aussi insisté sur la difficulté que le malade éprouve à faire un travail « qu'il faisait avec plaisir sinon avec enthousiasme lorsqu'il était en bonne santé. »

Cette impuissance professionnelle, pour nous servir de l'expression de M. Levillain est très fréquente dans la neurathénie et dans toutes les formes, si bien qu'elle constitue un stigmate des plus importants. De plus, elle guérit difficilement comme l'eut fait remarquer M. Charcot (2) d'abord et M. Bonneret (3) ensuite. M. Charcot dit que ces malades sont perdus pour la société. Les actes devenus impossibles pour le malade peuvent encore être moins nombreux, un de nos malades neurasthénique, ne présenta pendant un certain temps pour tout symptôme morbide que l'impossibilité de mettre une de ses chaussettes.

Interrogés sur les motifs qui les empêchent d'agir, les malades répondent qu'ils voudraient bien agir, qu'ils font même effort, mais que cet effort n'aboutit qu'à provoquer chez eux des angoisses, des palpitations et quelquefois même du vertige. Une malade dont nous avons déjà parlé, et qui, ne pouvant s'arracher du lit malgré les plus grands efforts, présentait les principaux stigmates de la neurasthénie.

On pourrait, en trois mots, donner les principaux

(1) Strahan. Neurasthenia acute and chronic. The Dublin Medical Journal of Science, 1885. Tome 2.

(2) Charcot. Leçon du mardi.

(3) Bonneret. Neurasthénie, Paris 1891.

caractères de l'aboulie neurasthénique : non-pouvoir localisé, anxieux.

Nous nous empressons de dire que l'aboulie neurasthénique ne se présentera point toujours avec des caractères aussi nets. Le malade, voyant que ses efforts sont plutôt nuisibles qu'utiles, n'en fera plus, et l'aboulie se présentera avec un aspect différent en certains points de celui que nous avons indiqué.

Après la neurasthénie, la mélancolie est l'affection mentale où nous trouvons le plus souvent l'aboulie. Dans la nouvelle édition de son traité de médecine mentale, M. Régis décrit même dans un chapitre qu'il a eu l'extrême obligeance de nous communiquer, une forme spéciale de la mélancolie avec conscience qu'il appelle mélancolie aboulique.

« Les malades, dit cet auteur, fuient tout travail, toute occupation, toute société, ils s'isolent dans leur chambre où ils s'enferment pendant des semaines et des mois entiers, sans vouloir recevoir personne, passant leur temps, assis ou couchés, incapables de pouvoir se décider à faire un effort pour agir. C'est la dépression mélancolique simple, appelée encore suivant les cas, Hypochondrie morale, Mélancolie misanthropique, Mélancolie perplexe, Mélancolie aboulique. »

L'aboulie du mélancolique est ordinairement généralisée : aucun acte ne paraît y échapper. Le malade, interpellé sur les causes de son inaction, répond qu'il comprend bien que sa conduite est blâmable qu'il voudrait bien reprendre ses occupations ordinaires, mais

au moment d'agir, la volonté lui fait défaut. Il recule ainsi de jour en jour le moment où il fera effort ; aussi ne trouve-t-on point chez lui ces crises angoissantes que l'on rencontre chez le neurasthénique, qui, lui, joue un rôle vraiment actif, mais infructueux. Pour faire ressortir cette différence, nous dirons que l'aboulie mélancolique est un non vouloir généralisé et tranquille.

Cette forme d'aboulie, nous la retrouvons encore dans les différentes maladies mentales qui présente des périodes de dépression avec conscience, au début de la manie, quelquefois au début de la paralysie générale et quelquefois dans le cours de cette maladie, mais surtout dans la seconde période de l'intoxication par différents poisons que M. Richet appelle psychiques, parce que leur action porte d'abord sur les phénomènes de cet ordre, nous ne nous arrêterons qu'aux intoxications par la morphine, le haschic et l'alcool, qui sont celles qui présentent le plus d'intérêt au point de vue clinique.

Nous commencerons par l'étude des lésions de la volonté chez le malade intoxiqué par la morphine.

« L'état normal des morphinomanes, dit M. Ball (1), peut s'exprimer en quelques mots : c'est une paralysie de la volonté, un engourdissement du moi ; cet état qui se rencontre si souvent chez nos aliénés et en particulier chez ceux qui sont atteints d'alcoolisme chronique

(1) Morphinomanie. Revue scientifique, 1884, 1^{re} série, p. 442.

est le trait caractéristique de la maladie qui nous occupe. La malade n'a pas la force de quitter ses habitudes, de sortir de son lit. »

Une malade, dont cet auteur rapporte l'observation(1) « passait toutes ses nuits à lire, ne prenait aucun exercice ; elle n'accomplissait aucun travail et restait alitée tout le jour, dans un perpétuel état de somnolence, n'ayant pas l'énergie de secouer cette manie lectuaire, si fréquente chez presque tous les morphinomanes invétérés. Elle n'avait même pas la velléité de sortir de cet état de torpeur... elle ne peut s'appliquer, même pour écrire une lettre. C'est un travail dont elle s'avoue tout à fait incapable en ce moment. »

Th. de Quincey a donné dans les confessions d'un mangeur d'opium, une description complète de l'aboulie due à l'usage de ce poison (2). « C'était une telle misère qu'on pourrait dire, en vérité, que j'ai vécu à l'état de sommeil. Rarement, j'ai pu prendre sur moi d'écrire une lettre, une réponse de quelques mots, c'est tout ce que je pouvais faire à l'extrême rigueur, et souvent, après que la lettre à répondre était restée sur ma table des semaines et même des mois. Sans l'aide de M., aucune note des billets soldés ou à solder n'eut été prise, et toute mon économie domestique fût tombée dans une confusion inexprimable. C'est là un point dont je ne parlerai plus et dont tout mangeur d'opium fera finalement l'expérience : c'est l'oppression et le tour-

(1) Morphimanie. 2^e édition, p. 37.

(2) Ribot. Maladie de la volonté, p. 42.

ment que causent ce sentiment d'incapacité et de faiblesse, cette négligence et ces perpétuels délais dans les devoirs de chaque jour, ces remords amers qui naissent de la réflexion. Le mangeur d'opium ne perd ni son sens moral, ni ses aspirations : il souhaite et désire, aussi vivement que jamais, exécuter ce qu'il croit possible, ce qu'il sent que le devoir exige ; mais son appréhension intellectuelle dépasse infiniment son pouvoir, non-seulement d'exécuter, mais de tenter. Il est sous le poids d'un incubé et d'un cauchemar ; il voit tout ce qu'il souhaiterait de faire, comme un homme cloué sur son lit par la langueur motelle d'une maladie déprimante, qui serait forcé d'être témoin d'une injure, ou d'un outrage infligé à quelque objet de sa tendresse ; il maudit le sortilège qui l'enchaîne et lui interdit le mouvement ; il se débarrasserait de la vie, s'il pouvait seulement se lever et marcher ; mais il est impuissant comme un enfant et ne peut même essayer de se mettre sur pied. •

L'aboulie de l'intoxication par le hachich présente à peu près les mêmes caractères que l'aboulie de l'extoxication par l'opium et la morphine. Cependant dans l'autoxication aiguë, dans l'ivresse par la première substance, on a signalé des cas où l'aboulie était plus limitée. On a communiqué à la Société de Psychologie Physiologique en 1885, l'observation d'un jeune homme qui « Pendant son dîner, quelques heures après avoir

(1) Gley, Richet et Rondeau. Société de Psychologie Physiologique. Bull. 1885, p. 13.

pris l'essence, ne peut, à plusieurs reprises, tendre son assiette pour se faire servir quoi qu'il désirât. »

M. Ball a fait remarquer (1) qu'il y avait un affaiblissement de la volonté chez la plupart des malades alcooliques, aboulie qui paraît avoir la plus grande analogie avec l'aboulie mélancolique.

Au début et à la fin des fièvres graves, on trouve ainsi une période d'impotence ; mais dans ce cas, il est difficile de savoir si cette impotence tient au défaut de volonté, ou à un trouble des organes qui doivent exécuter ses ordres. Enfin M. Ball a décrit, en 1881, un état morbide qu'il a désigné sous le nom de torpeur cérébrale et dont le principal caractère nous a paru être une altération de la volonté ; mais l'aboulie dans ce cas est passagère et semble pour ainsi dire former un trait d'union entre l'aboulie pathologique de la neurasthénie et de la mélancolie que nous avons étudiée plus haut, et l'aboulie due à la fatigue et que l'on pourrait appeler aboulie physiologique.

(1) Leçons cliniques.

(2) Encéphale 1881.

Influence de l'aboulie sur la marche de l'affection à laquelle elle se rattache.

Cette influence est dans certains cas des plus désastreuses, surtout dans l'intoxication par la morphine et dans la neurasthénie. Dans l'intoxication par la morphine, nous savons que chaque injection produit une excitation parfois assez vive, et le malade peut, dans ce moment accomplir des travaux intellectuels des plus pénibles et des plus difficiles ; mais la période de dépression ne tarde point à arriver et le malade, suivant la comparaison de M. Ball, est un navire échoué qui attend que la marée montante vienne le remettre à flot, de sorte, que même celui qui est entré dans la morphinomanie par la porte de la douleur, sera contraint d'y rester, la douleur n'existant plus, parce que le poison qui lui était nécessaire autrefois pour calmer cette douleur, lui sera maintenant nécessaire pour combattre son impotence, son aboulie ; c'est la morphinomanie qui l'a rendu aboulique et c'est l'aboulie à son tour qui le pousse à la morphinomanie ; cercle vicieux dont il sera difficile au malade de sortir.

Dans l'alcoolisme, nous voyons un phénomène analogue se produire, mais avec moins d'intensité parce que l'excitation à agir paraît plus atteinte que chez le morphinomane.

Dans la neurasthénie, comme Béard l'aurait déjà remarqué, l'aboulie conduit à l'alcoolisme : les malades recherchent dans cette boisson l'énergie qui leur manque, l'abus dans ce cas suit de près l'usage et bientôt l'aboulie causée par la neurasthénie viendra se joindre à l'aboulie causée par l'intoxication. Mais dans la neurasthénie, l'aboulie ne conduit point seulement à l'alcoolisme, elle mène encore à la mélancolie ou à l'hypocondrie.

L'ouvrier qui a besoin de travailler et le désire ardemment, voyant qu'il ne peut y parvenir, doit nécessairement accuser ou bien son moi physique ou bien son moi moral. Dans le premier cas, il tombera dans l'hypocondrie, dans le second, il tombera dans la mélancolie : c'est dans le premier qu'il verse le plus souvent. Il s'observe attentivement et accorde à la moindre douleur la plus grande importance ; le plus souvent ce sont les névralgies qui accompagnent la neurasthénie, qui sont regardées comme cause de tout le mal dont souffre le malade ; ce sont ces douleurs qui, plus tard, pourront l'empêcher de reprendre son travail. Nous avons entendu un malade qui présentait tous les symptômes de la neurasthénie, et en outre une légère douleur à la partie antérieure du sternum, répondre à son médecin qui lui conseillait de reprendre son travail le lendemain même : « Oh ! mais monsieur, mon cœur éclatera. » Cet homme était comptable, et cependant on eut beaucoup de peine à lui persuader qu'il n'en serait rien.

Ce souci exagéré, que le malade a de sa santé, il

parvient souvent à le faire partager à quelque membre de sa famille, et c'est alors que l'on peut être témoin de ce spectacle navrant dont New-Mitchell a donné un saisissant tableau (1) d'un côté le malade fait preuve de l'égoïsme le plus complet, non-seulement il ne dépense pas la moindre force pour se soigner, mais encore il exige de la personne qui est auprès de lui les soins les plus assidus. Celle-ci fait preuve, au contraire, de l'abnégation la plus complète et du dévouement le plus absolu, aussi bien que le plus mal entendu, non-seulement elle prodigue les soins les plus assidus au malade, mais encore elle ne cesse de porter la plus grande attention à chacune de ses plaintes. Si des personnes mettent des doutes sur la gravité de la maladie, c'est elle qui se charge de défendre sa malade, de sorte que l'hypocondrie du neurasthénique reconnaîtra en fin de compte pour cause une auto-suggestion et une suggestion étrangère faite par la personne placée auprès de la malade.

(1) New-Mitchell. Traitement de la Neurasthénie. Traduct. Jennings 1883.

DIAGNOSTIC

Y a-t-il aboulie ? si oui, à quelle maladie se rattache-t-elle ? quelle en est la cause ? telles sont les questions que l'on doit se poser quand on se trouve en présence d'un malade chez lequel on observe des symptômes analogues à ceux que nous avons décrits.

A la première question il n'est point toujours facile de répondre d'une façon très précise, la difficulté est grande surtout pour les cas où l'aboulie est localisée et qui, comme nous l'avons dit se rencontre plus particulièrement dans la neurasthénie. M. Féré et M. Langlé ont déjà fait remarquer la difficulté de ce diagnostic ; au point de vue symptomatique il est impossible de trouver une différence entre une impuissance pathologique, suggérée ou simulée. Dans l'impuissance professionnelle nous trouvons les mêmes difficultés, difficultés qui ont été signalées surtout par M. Levilain dans un travail récent (1). La marche de la maladie

(1) Levilain. La Neurasthénie au point de vue médico-légal. Annales d'hygiène et de médecine légale, 1891.

est certainement le seul moyen qui nous permette d'aboutir à une solution, et encore faut-il être très prudent.

Ce n'est point seulement de la simulation ou de la suggestion qu'il faut seulement se défier dans les cas d'impotence localisée. Des lésions de l'encéphale peu étendues pourront dans certains cas donner des symptômes tout à fait analogues. La maladie de Thoinsem l'angine de poitrine, les paralysies périodiques, présentent des symptômes trop distincts pour que l'erreur soit possible.

Un syndrome décrit par M. Chacot et P. Blocq sous le nom d'Astasie-Abasie, présente avec l'aboulie plus de ressemblance, de sorte que parfois le diagnostic entre ces deux troubles morbides pourra présenter quelques difficultés. Dans l'un comme dans l'autre cas nous trouvons une impotence, mais tandis que dans l'astasie-abasie elle est toujours limitée, soit à l'acte de la marche, soit à l'acte de se tenir debout dans l'Aboulie, au contraire, l'impotence peut atteindre tous les actes de la vie matérielle; mais dans ce dernier état, en revanche, elle est intermittente, extrêmement mobile, tandis que, dans l'astasie-abasie, une fois que l'impotence s'est manifestée, elle reste le plus souvent stationnaire pendant des semaines et des mois. Il est vrai que l'on a décrit (1) une forme d'astasie-abasie survenant par attaques; mais dans ce cas encore, l'attaque débute par des secousses dans les membres inférieurs

(1) Ladame. Astasie à forme d'attaques. Arch. de Neurologie. 1890.

des contractions musculaires, tout autant de phénomènes que nous ne rencontrons point dans l'aboulie. Ces crises, enfin, surviennent à n'importe quel moment, sans que le désir d'accomplir tel ou tel acte influe en rien sur leur production. Les circonstances extérieures, le but à accomplir, ne jouent ici aucun rôle ; le malade est aussi impotent dehors que dedans ; dans l'aboulie, au contraire, le malade n'est impotent que pour accomplir tel ou tel acte. Il se promène dans sa chambre pour faire sa toilette, mais il ne peut franchir le seuil de sa porte. Dans l'astasia-abasie, ce sont les actes les plus anciens, les plus connus, les plus mécaniques qui sont impossibles dans l'aboulie, ce sont les actes les plus nouveaux, les moins connus du malade, les plus psychiques.

D'autres troubles morbides qui touchent de très près au point de vue symptomatique à l'aboulie, sont les peurs morbides. Le diagnostic entre ces deux affections présentera de sérieuses difficultés, car les médecins qui ont examiné ces malades sont unanimes à reconnaître qu'ils donnent sur leur état, les renseignements les plus vagues. Pour établir le diagnostic, le point important est de savoir si l'impuissance que l'on rencontre, à certains moments chez ses malades, a précédé ou suivi l'état angoissant que l'on observe aussi chez eux en même temps.

Nous croyons que lorsque l'impuissance a précédé l'angoisse et que celle-ci est peu intense, il faudra songer à l'aboulie, surtout si ces troubles semblent influencés plus par les désirs du malade que par les circonstances extérieures.

Lorsque l'impotence est généralisée à tous les actes de la vie ordinaire, il va sans dire que l'on ne pourra porter le diagnostic d'aboulie que lorsque l'on aura la certitude que d'un côté le malade est capable de désirer accomplir un acte, d'un autre côté que les organes qui obéissent à la volonté sont sains. La stupeur est l'affection qui a le plus de rapports avec l'aboulie généralisée, dans les deux cas, le malade reste inerte; mais dans la stupeur, il est difficile d'obtenir de lui aucune réponse: il y a un anéantissement complet de la pensée comme le dit M. Ball. Dans l'aboulie, au contraire, il répond qu'il désire bien accomplir les actes qui lui sont habituels mais qu'il n'en a pas la force. Souvent le malade atteint de stupeur oppose de la résistance quand on veut le contraindre à marcher et cela quand son inaction tient à une hallucination terrifiante, le faire exprime toujours l'angoisse chez l'aboulique, au contraire, on ne rencontre jamais de résistance au moins dans ces cas où l'aboulie est généralisée, et son visage exprime l'indifférence et non l'angoisse.

Après avoir reconnu l'aboulie, il nous faudra reconnaître la maladie à laquelle elle se rattache et pour cela tenir compte, d'un côté des caractères que présente cette aboulie, et de l'autre les symptômes qui l'accompagnent.

Dans la morphinomanie, si l'on peut observer le malade pendant un certain temps, les caractères de l'aboulie seront d'une très grande importance pour le diagnostic.

M. Ball a fait remarquer chez ces malades l'impo-

tence intellectuelle ou physique, se montre par accès, alternant avec des périodes, l'excitation. Si on suit de près ces malades on remarque que l'excitation fait suite à une courte absence. Dans ce cas, on aura tout lieu de s'éloigner un instant pour se faire une piqûre ; la trace de ces piqûres sur la peau ou la présence de la morphine dans les urines lèveront tous les doutes.

Dans l'alcoolisme, le tremblement, les hallucinations terrifiantes, le délire pénible, nocturne et mobile, le trouble de la sensibilité auront plus d'importance pour le diagnostic que les caractères de l'Aboulie.

Dans la neurasthénie comme dans la morphinomanie, les caractères de l'aboulie sont assez précis, croyons-nous pour que le plus souvent ils puissent aider pour établir le diagnostic. Nous avons vu que chez ces malades l'aboulie était limitée à certains actes, que le désir de les accomplir était chez eux très vif et que l'impuissance était suivie d'un état d'angoisse tout particulier. D'un autre côté, nous trouverons les stigmates de la neurasthénie, céphalée en casque, insomnie, plaques sacrées, troubles vaso-moteurs, etc...

Dans la mélancolie, l'aboulié se présente encore avec des caractères assez nets, le désir est peu intense, le malade ne fait jamais effort, presque tous les actes de la vie sont impossibles, d'un autre côté, la sensibilité générale du malade est atteinte. Aucune excitation ne fait impression sur lui. Toutes les fonctions organiques éprouvent un ralentissement et principalement la circulation. Il n'y a point en outre, chez le mélancolique comme chez le neurasthénique des périodes d'excita-

tion. Dans la mélancolie, a-t-on dit, la dépression est à l'état de contracture, tandis que, dans la neurasthénie l'émotivité éprouve des convulsions clowniques.

Cependant, nous croyons que dans certains cas il est très difficile, sinon impossible, de faire le diagnostic entre l'Aboulie neurasthénique et l'Aboulie mélancolique.

Il paraît exister entre ces deux états morbides les rapports les plus étroits; la mélancolie est une complication jusqu'à un certain point assez fréquente de la neurasthénie et peut être dans certains cas la neurasthénie vient-elle germer sur un terrain mélancolique. On comprend que dans ces cas il soit difficile de faire la part de l'une et de l'autre maladie.

Il nous reste à parler du diagnostic étiologique et très important à connaître pour le clinicien qui ne saurait porter un pronostic exact ni établir un traitement approprié s'il ne connaissait la cause de la maladie. Dans la plupart des cas la question capitale est de savoir si cette cause est accidentelle ou héréditaire ou bien encore si les deux causes pouvant être invoquées quelle est la part de chacune. La connaissance des antécédents du malade présente dans ces cas une très haute importance. Une hérédité névropathique très chargée des troubles nerveux précoces, un manque d'équilibre dans les facultés intellectuelles, un caractère bizarre, l'asymétrie de la face, la forme ogivale de la voute palatine, des oreilles mal insérées et mal ourlées, tels sont les principaux signes qui accuseront chez le malade une prédisposition héréditaire.

Si chez un malade nous trouvons d'un côté la plupart des signes que nous venons d'indiquer et d'un autre côté une cause accidentelle de peu d'importance, l'absorption d'une faible quantité de poison, ou bien une fatigue peu intense, nous serons en droit d'affirmer que l'hérédité joue dans ce cas le principal rôle, et que la cause accidentelle n'a été qu'une cause occasionnelle. Chez ces malades la marche de l'affection présente souvent du reste une marche spéciale, si c'est la forme mélancolique par exemple elle revient par accès qui arrivent et disparaissent brusquement.

Si on ne retrouve dans les antécédents du malade ni hérédité névropathique ni hérédité arthritique, s'il a toujours fait preuve d'un esprit bien pondéré et qu'il ne présente pas des anomalies physiques notables, si d'un autre côté nous trouvons dans ses antécédents personnels ou un surménagement extrême, ou des émotions très pénibles, ou des abus de boisson ou de morphine très grands, nous croyons que les causes accidentelles tiendront ici la première place sinon toute, dans l'étiologie de la maladie, une preuve qu'il doit bien en être ainsi c'est qu'une fois la cause supprimée la maladie ne tarde pas à guérir.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

La gravité ou la bénignité du pronostic, dépend comme nous l'avons dit de la cause qui a produit la maladie. Le pronostic est grave quand l'hérédité tient la première place; ce n'est pas que tout espoir de guérison soit perdu, dans la forme mélancolique surtout de l'aboulie elle est la règle, mais les récidives sont fréquentes; chez la femme surtout un trouble dans les fonctions génitales suffira comme on le verra dans l'observation X pour faire repar tre la maladie. Dans les formes non héréditaires le plus souvent si on peut supprimer la cause on supprimera le mal.

La traitement, on le comprend, doit tendre à supprimer la cause. Nous n'indiquerons pas ici quelles sont les mesures à prendre pour guérir un alcoolique ou un morphinomane, nous nous contenterons de dire quelques mots du traitement de l'aboulie neurasthénique et de l'aboulie mélancolique. Dans la neurasthénie, le premier soin du médecin doit être comme l'a indiqué Bouveret de gagner la confiance du malade. Il est à

remarquer en effet que la plupart de ces malades sont très suggestibles et que l'on sera puissamment armé auprès d'eux si l'on a toute leur confiance. On écartera d'abord toutes les causes qui ont pu produire la maladie ; dans nombre de cas si la maladie résiste tant soit peu à un traitement à domicile on réclamera l'isolement, car il ne faut point oublier que des soins trop assidus de la part des parents, une attention trop grande de leur part à la moindre souffrance du malade, sont très préjudiciables à l'intérêt de ce dernier.

Nous connaissons une dame qui après une fausse couche faite à 25 ans a présenté pendant 35 ans l'impotence professionnelle la plus absolue, accompagné de céphalée en casque, d'insomnie, de troubles gastriques. Cette dame a été soignée avec la plus grande attention par sa mère. A la mort de celle-ci la malade qui avait 60 ans a recouvré toute l'énergie nécessaire pour reprendre le travail interrompu depuis 35 ans. Nous croyons que l'isolement presque absolu ou se trouva la malade après la mort de sa mère fut la cause de cette guérison qui se maintient depuis 10 ans.

Dans la mélancolie, l'isolement donne d'excellents résultats et les malades sont quelquefois les premiers à réclamer leur internement. L'électrisation du crâne a donné un succès à M. Ball. M. Pierre Janet a essayé de combattre directement l'aboulie en exerçant sa malade aux travaux qui lui étaient impossibles, mais les résultats ont été très médiocres.

(1) Ball. — Encéphale. 1886.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

SEURET. — *Fragments psychologiques sur la folie* (1834).

J'ai été quelque temps sans savoir dans quelle division je placerais le malade dont je vais parler : après l'avoir étudié, il m'a paru appartenir à la classe des hypocondriaques. Le lecteur décidera si j'ai bien jugé.

C'est en vain que j'entreprendrai de donner abstractivement une idée de son état ; je suis certain que je n'y parviendrai pas. Pour le faire comprendre, il faut que je répète mot pour mot ses conversations et ses monologues.

Un matin, je l'écoutais, il parlait avec son domestique, et la moitié, au moins, de ses paroles, étaient des jurements.

Son domestique lui disait :

— Levez-vous donc, Monsieur, il est tard.

— Qu'est-ce que cela vous fait (je supprime les jurements), vous m'ennuyez, quelle existence.

— Vous sentez-vous mal ?

— Tiens ! Pourquoi pas ? Apportez-moi un verre d'eau ; tout à l'heure, vous verrez du nouveau, je me suis empoisonné.

Il n'était pas possible qu'il se fut empoisonné car il n'avait rien sous la main, rien qui fut capable de lui faire du mal ; cependant,

j'entrai chez lui plus tôt que je n'avais coutume. Après quelques paroles échangées, il me dit :

— Mon domestique vous a rapporté quelque chose ce matin ?

— Il m'a dit que vous lui aviez demandé un verre d'eau.

— Autre chose encore.

— Oui.

— Oh ! mon Dieu, je lui ai dit cela comme je lui aurais dit autre chose, pour parler, je n'y pensais pas du tout. C'est comme dans le dernier voyage que j'ai fait, j'ai donné des coups de poings à la personne qui m'accompagnait, et je ne lui en voulais aucunement, mais seulement pour faire quelque chose.

Que je suis donc malheureux ! J'ai matériellement tout ce que je puis désirer et je ne jouis de rien. N'ayant jamais eu aucune prédisposition à la folie, sans passions trop vives, avec une vie régulière et occupée, je n'aurais jamais prévu que je puisse devenir ce que je suis !

Depuis si longtemps que je n'ai écrit à ma mère ! Elle ne m'avait pas écrit depuis dix ans. Eh bien ! elle a trouvé de la force pour m'écrire. Je sens, non je ne sens pas, je sais que je devrais lui répondre, que, si je n'avais pas d'encre, je devrais me tirer du sang des quatre veines et pourtant je n'écris pas. C'est inconcevable ! Je n'y comprends rien. Vous appelez cela une maladie : ce n'en est pas une ; c'est de l'impotence. Je fais des extravagances et je sais bien que je les fais. Vous me direz : n'en faites donc pas. Je crois quelquefois que c'est exprès que je fais le fou pour m'amuser.

Je suis habillé comme un cochon, eh bien ! je ne veux pas changer d'habits ; je ne dépenserai pas un sou pour ma toilette. Mieux que cela, vous me voyez si horriblement malheureux de mon état, s'il me fallait donner cinq sous pour m'en sortir, je ne les donnerais pas. Vous croirez que c'est par avarice ; je le crois aussi ; pourtant, si on me disait : Voilà cent mille francs, prenez-les, et vous serez guéri : je ne les voudrais pas. Je marche toute la journée dans ma chambre. Si on me disait faites un pas et vous serez guéri, je ne le ferais pas ; remuez un doigt, je ne le remuerais pas. Vous me direz : vous vous plaisez donc bien comme cela. Eh bien ! oui, je me plais dans la plus horrible dégradation qu'il me soit possible de concevoir.

Il faut absolument que je retourne chez moi. Que l'on fasse venir une voiture.

— Voudrez-vous y monter?

— Eh! non, je n'y voudrai pas monter, il faudra qu'on me fasse prendre par quatre domestiques, pour m'y mettre. On me force bien à aller au bain: pourquoi ne me forcerait-on pas à monter en voiture;

Vous voyez comme je me déplaïs ici horriblement; mettez-moi à la porte, je ne saurais où aller; je resterais où l'on m'aurait laissé, au coin d'une borne. Je saurais qu'on me ramasserait dans la rue. Eh bien! on me ramasserait, on me conduirait à Bicêtre.

Je vous dis que je ne puis écrire; cela n'est pas vrai, car j'ai commencé un brouillon de lettre à ma mère; il n'y a pas une faute, c'est comme j'aurais fait autrefois.

— Achevez donc cette lettre.

— Eh! non, je ne l'achèverai pas, je serais guéri, si je l'écrivais.

Je n'écris pas pour moi; c'est inconcevable. J'ai été trouver mon voisin, je lui ai dit d'écrire un billet à sa mère, et je lui ai dicté ce billet.

Tout me déplaît, tout m'attriste, le soleil me fait horreur; la campagne, que j'aimais tant, je ne puis la souffrir. Vous me direz: allez à la ville. Eh! c'est encore pis. Tout m'y rappelle des souvenirs qui me déchirent le cœur.

Hier, j'ai pris un livre; je lirais comme les autres fois, si je voulais, mais je ne puis pas vouloir.

Que l'on me tire de l'état où je suis; que l'on emploie les moyens les plus violents, et, s'il n'y a pas d'autre moyen, que l'on m'attache une pierre au cou et que l'on me jette dans la rivière.

L'affaire qui m'a troublé la tête, ou plutôt qui a paru me troubler la tête, est une affaire dans laquelle je croyais avoir donné des conseils qui ont tourné au désavantage de mon client. Alors, j'aurais voulu réparer avec ma fortune le tort involontaire, et d'ailleurs très léger, que je croyais avoir fait. Eh bien! maintenant, je ne donnerais pas un sou. »

J'aurai peu de chose à ajouter à cet exposé. Le malade est âgé de

55 ans ; il s'est livré avec beaucoup de distinction à la pratique de la jurisprudence ; il menait une vie honorable et honorée. La seule cause à laquelle on pourrait attribuer sa maladie serait peut-être un excès de travail. Cependant, le malade dit lui-même que, depuis quelque temps, il n'en prenait qu'à son aise et ne se fatiguait plus comme autrefois.

Quelques jours avant l'apparition des premiers symptômes, il avait perdu un de ses amis d'enfance ; mais cette perte, quoique douloureuse pour lui, ne l'avait pas fortement ému. Les conseils, donnés par lui dans l'affaire à l'occasion de laquelle il s'est tourmenté, ont été trouvés judicieux par les personnes compétentes, et n'ont donné lieu à aucune réclamation. Lorsqu'il était préoccupé de cette affaire, il voulut en examiner une autre et en élucider la question qui lui était soumise. Son trouble augmenta. Il eut un moment la pensée de se jeter dans la rivière, il alla même jusque sur un pont, mais il revint sans avoir rien tenté. Quelquefois, il allait par les rues sans but et avec l'air d'un homme effaré. On espéra qu'un voyage et une saison passée aux eaux minérales le rétabliraient ; on le fit monter en chaise de poste, la pensée lui vint qu'on voulait se défaire de lui. S'étant arrêté dans une auberge, pour prendre son repas, il fut frappé de voir une loge à cochon. Il crut qu'on allait l'y mettre ; il fut étonné qu'on le laissât remonter en voiture. S'étant aperçu que le postillon avait mis de l'avoine sur la voiture, il imagina que cette avoine était pour lui et qu'on le laisserait sur la route avec cette seule provision. Il ne témoignait rien de toutes ses pensées, et, en y réfléchissant, il voyait que c'étaient des folies.

Si l'on parvenait à le distraire, à rompre la monotonie dans laquelle il semble se complaire ou plutôt à laquelle il se condame, on retrouve en lui une instruction solide et variée, un jugement parfait, un naturel excellent ; mais on ne réussit pas à le tenir en haleine, il retombe dans ses continuelles redites. Si on le laissait faire, il ne sortirait pas de sa chambre, il ne verrait personne. Il aime pourtant qu'on l'arrache à la solitude, à lui-même, mais il craint le monde, la présence d'un étranger, d'un enfant l'embarrasse au point qu'il n'ose ouvrir la bouche. Il a depuis longtemps une éruption psorique qui n'a pas varié

avant et après sa maladie ; il éprouve de loin en loin un peu de difficulté à respirer ; surtout s'il marche le soir et par un temps humide.

OBSERVATION II.

ESQUIROL. — *Traité de médecine mentale*, 1838, tome I.

Un magistrat, très distingué par son savoir et la puissance de sa parole, fut, à la suite de chagrins, atteint d'un accès de monomanie avec agitation et même violence. Après quelques mois, le délire cesse mais le malade conserve d'injustes préventions, enfin, il recouvre l'usage entier de sa raison ; mais il ne veut pas rentrer dans le monde, quoiqu'il reconnaisse qu'il a tort ; ni soigner ses affaires, quoiqu'il sache bien qu'elles souffrent de ce travers.

Lui parle-t-on de voyager, de soigner ses affaires : je sais, répond-il, que je le devrais et que j'en ne peux le faire. Vos conseils sont très bons, je voudrais suivre vos avis, je suis convaincu, mais faites que je puisse vouloir, de ce vouloir qui détermine et exécute. Il est certain, me disait-il un jour, que je n'ai de volonté que pour ne pas vouloir : je sais ce que je dois faire, mais la force m'abandonne lorsque je devrais agir.

OBSERVATION III.

BILLOD. — *Maladies de la volonté, Annales médico-psychologiques* (1847).

Madame N..., d'une famille distinguée, ayant reçu l'éducation la plus brillante au point de vue des beaux arts, de la littérature et des devoirs sociaux, croissait comme une charmante fleur, chérie de ses

parents et de ses amis. Elle se faisait remarquer par la noblesse de son cœur, par l'élévation de son esprit et par une rare moralité.

S'étant mariée à 16 ans, le sort de son mari parut généralement digne d'envie. Pendant six ans consécutifs, elle eut chaque année un fils, sans souffrance et sans travail difficile, jusqu'à ce que son mari, la trouvant trop féconde, résolut qu'elle ne devait plus avoir d'enfants.

A cette époque, la voix d'un nouvel amour s'insinua dans son cœur, l'attacha et la préoccupa pendant sept autres années consécutives. Au milieu de cette nouvelle préoccupation, elle eut à combattre en elle-même contre ses devoirs envers son mari, ses enfants et la société de ses amis, et elle trouva des épines sous ces fleurs, qui embellissaient sa vie. Cette lutte, entre le remords et l'amour, la rendit circonspecte, emportée : elle s'ingéniait à cacher tous ses liens illégitimes et à s'étourdir elle-même sur ses remords. On la vit alors tantôt distraite et mélancolique, tantôt vive et allègre, et tantôt pensive et solitaire, et bientôt elle se prit peu à peu, et comme à son insu, à détester la vie. Elle atteignit alors sa trentième année, et six ans après une grossesse inattendue vint mettre le comble à ses souffrances : elle ne pouvait résister aux atteintes d'une céphalée intercurrente qui ne fut peut-être pas combattue avec l'insistance qu'exigeait son tempérament.

Les neuf mois se passèrent cependant, et la voilà mère sans travail sérieux. De nouveaux soucis l'attendaient pour l'allaitement : elle le commence et le suspend à cause de l'insuffisance de son lait ; elle confie alors l'enfant à une nourrice et jouit pendant trois mois d'une santé et d'un calme assez satisfaisants.

A cette époque, trois mois après l'accouchement, une otite se déclare à l'oreille droite, elle est accompagnée de fièvre et de fureur. Les moyens de l'art restent impuissants à modérer ou à surmonter ses souffrances. Sa maladie persiste et fait des progrès. Elle se livre à des actes violents envers elle-même et envers ses parents. Le délire éclate, elle divulgue alors ce qu'elle cachait depuis sept ans. La folie étant reconnue, on la conduit dans son pays natal, à dix mille environ de ses foyers, et elle reçoit inutilement des soins d'une personne qui l'avait vue toute enfant.

De là, elle passe à Mauconio (hôpital des aliénés) des Reggio, pour être soumise à de nouvelles tortures, à de nouvelles tentatives. Douches, sétons, vésicatoires, saignées, moyens internes, surprise, terreur, rigueur, châtiments, rien ne peut rétablir ses facultés.

Cependant, l'acuité de son mal cède, les souffrances qu'elle endure sont sourdes, profondes, continues, mais différentes des premières. Elle n'est plus furieuse, mais elle est apathique pour tout. Elle raisonne sainement sur toutes choses : mais elle n'a plus de volonté propre, plus de force de vouloir, plus d'amour, et nulle conscience de ce qui lui arrive, de ce qu'elle sent, de ce qu'elle fait, de ce qui frappe ses sens, sa raison, ses sentiments et ses instincts. Mais, cependant, tout ce qu'elle assure n'est pas exact, car elle raconte, énumère et se rappelle, dans les plus petits détails, tout ce qu'elle a souffert, les moyens physiques et moraux doux, violents et cruels qui ont été employés, les désapprouve et se plaint de ce qu'on ne la croie pas malade physiquement. Au milieu de ce vague, de cette variété de ces étranges contradictions intellectuelles, morales, organiques et instinctives, elle dit et redit ses véritables, constantes et invariables souffrances et les sensations internes qui continuent à la tourmenter et qui font de sa maladie un état inconcevable et peut-être unique au monde suivant l'expression de la malade. Elle assure qu'elle se trouve dans l'état d'une personne qui n'est ni morte ni vivante, qui vivrait dans un sommeil continu, à qui les objets apparaissent comme enveloppés d'un nuage, à qui les personnes semblent se mouvoir comme des ombres, et les paroles venir d'un atmosphère d'un monde lointain. Elle assure qu'elle n'a point de sens, et tous ses actes démontrent à l'observateur qu'elle les exerce tous et que c'est le contraire qui est vrai. Elle ajoute qu'elle est dans l'état d'une personne qui serait ensevelie vivante, qui entendrait tout, qui sentirait tout sans pouvoir prendre part à ce qui lui arrive. Elle affirme qu'elle éprouve au sommet de la tête la sensation d'une pierre qui la comprime, d'un poids qui la paralyse, d'un clou profond qui la pénètre, d'un coin qui la déchire ; il lui semble qu'elle est prise et serrée par des ongles de fer qui lui compriment le cœur et lui coupent la respiration.

Ces souffrances paraissent être les seules réelles.

Les mouvements sont d'ailleurs libres, assurés, spontanés ; la nutrition est dans un état suffisant, bien que la malade prétende abhorrer la nourriture.

La nuit et le sommeil sont tranquilles, sans qu'elle en convienne jamais. La menstruation est régulière. Les sécrétions sont normales et la malade satisfait ses besoins avec propreté et pudeur mais elle le fait machinalement, dit la malade. Elle en dit autant de tous ses sentiments et de toutes ses sensations. On la voit chez elle, tantôt affectueuse avec ses enfants et son époux, tantôt dans un état d'apathie parfaite, tantôt inquiète et indifférente, tantôt prompte à la répartie à des réponses dont le bon sens étonne, tantôt, au contraire, hébétée.

OBSERVATION IV.

BILLOD. — *Annales médico-psychologiques*, 1843.

Il s'agit d'un homme de 65 ans, ancien notaire, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution forte, d'une stature élevée; les yeux sont bleus, le teint pâle; les cheveux et la barbe, blonds naguère, sont blancs aujourd'hui. Le poumon est un peu emphysémateux, et le cœur légèrement hypertrophié. La santé, habituellement bonne, à part quelques affections aiguës thoraciques, s'est dérangée pour la première fois, il y a dix ans environ, dans une circonstance que je crois devoir mentionner, car elle démontre, avec beaucoup d'autres faits du même genre, qu'il est pour l'homme, aussi bien que pour la femme, un âge critique, et que c'est celui où, après une existence active, pendant laquelle l'homme fait à l'innervation une dépense forte continue, incessante et rythmée par l'habitude, on le voit se retirer des affaires, vendre son étude, par exemple, s'il est notaire ou avoué, pour jouir de sa fortune au milieu d'un repos, en apparence bienfaisant, mais en réalité accompagné des dangers les plus grands pour sa santé. Je ne parle pas seulement ici de ceux qui substituent le repos complet, l'inertie enfin, à l'activité la plus remuante ;

celui-là même qui, à cinquante ans, adopte un nouveau genre d'existence, fût-il aussi actif que le premier, est exposé, quoique à un degré moindre, à des périls graves. Ce n'est pas toujours impunément que l'on vient à bouleverser le rythme imprimé à la dépense d'innervation par une habitude de nombreuses années. C'est alors que beaucoup d'hommes sont frappés de congestions, d'hémorrhagies cérébrales, d'aliénation mentale. C'est ce dernier cas qui s'est présenté chez notre malade.

M. P... , ancien notaire, dont l'activité musculaire et intellectuelle avait toujours été forte et régulière, et qui aimait le notariat, vendit son étude il y a plus de dix ans (il avait environ cinquante ans) et ne tarda pas à présenter les premiers signes d'une affection mentale qui, après une guérison de dix années, s'est reproduite il y a dix-huit mois, et dont nous donnerons plus loin les caractères quand nous aurons terminé les commémoratifs. La vente de l'étude influa de plusieurs manières sur le développement de l'affection mentale. D'abord, cette résolution ne dut pas être prise sans une longue et épineuse délibération, car elle devait fermer la mine qui enrichissait M. P... , lequel, soit par nature, soit parce qu'il a été l'artisan de sa fortune, est très intéressé; ensuite, M. P... aimait le notariat, avons-nous dit; il s'était attaché à sa profession comme le montagnard à sa montagne : aussi la mélancolie qu'il ressentit eût-elle d'abord tous les caractères d'une nostalgie où prédominait, comme préoccupation fixe, le regret d'avoir vendu son étude. Cette nostalgie, que l'on pourrait appeler mal de profession, comme l'autre est appelée mal du pays, est plus fréquente qu'on ne saurait se l'imaginer, et constitue souvent le point point de départ d'une véritable mélancolie qui n'en est que l'expression plus renforcée. Joignez à cette influence sur M. P... l'ensemble des conditions nouvelles dans lesquelles la vente de l'étude a placé notre malade, comme tous ceux qui se retirent des affaires à cet âge de la vie, et l'affection mentale dont nous nous occupons sera suffisamment expliquée. J'ai dû insister sur cette cause, d'abord parce qu'elle paraît être la seule que l'on puisse invoquer chez notre malade, comme occasionnelle, et qu'ensuite en même temps qu'elle s'est adressée à l'intelligence et à la sensibilité, elle a dû exiger un

effort considérable de volonté. Ceci posé, je poursuis l'examen des autres commémoratifs. Lors de sa première atteinte, M. P... put cependant entreprendre un voyage en Angleterre, aller prendre ensuite les bains de mer à Dieppe, d'où il se rendit en Belgique, où il guérit presque soudainement. La mélancolie a été poussée jusqu'à une tentative de suicide.

L'intelligence de M. P... est assez développée, surtout en ce qui concerne les affaires; sa sensibilité est médiocre, cependant il aime beaucoup ses enfants. La bienveillance et la gaieté forment le fond de son caractère. Il aimait les plaisirs, ceux de l'amour principalement, mais sans excès cependant; se mettait avec une certaine coquetterie, se piquait de galanterie et d'amabilité et visait quelquefois à l'esprit. Quant à l'hérédité, je ne puis me prononcer, bien que l'on m'ait affirmé qu'il n'y en eut point. Je trouve chez les descendants quelques signes de prédisposition, et je suis convaincu qu'avec de plus amples informations, on découvrirait chez les descendants quelques cas d'aliénation mentale.

Depuis sa première maladie, M. P... s'était toujours bien porté mentalement, quand, au mois d'août 1845, il se plaignit de quelques éblouissements, pour lesquels il crut devoir aller prendre les bains de mer. Au quatrième bain, il fut pris d'un érysypèle à la tête qui n'eut aucune gravité, et ne fut point suivi de trouble du côté de l'intelligence; mais il survint une tuméfaction de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané à la partie postérieure du cou. Cette tuméfaction était ou paraissait être de nature phlegmoneuse. On voulut alors prévenir la suppuration et amener la résolution à l'aide de frictions mercurielles. C'est à la suite de ces frictions, qui n'avaient cependant point produit de salivation, que l'état mental se troubla et que l'affection dont M. P... est encore atteint aujourd'hui s'est développée. Le malade habitait alors à la campagne, à son retour de Dieppe et recevait des soins du médecin de la localité.

À la suite de l'érysypèle, le cuir chevelu avait été le siège d'une desquamation pulvérulente, furfuracée, avec démangeaison, et dont la cessation coïncida avec le développement de l'affection mentale. M. Ferrus, alors consulté, tenant compte de cette sorte de réper-

cussion, conseil à des ventouses scarifiées à la nuque et des frictions stibiées sur les scarifications; médication qui avait en outre l'avantage d'être révulsive. Un purgatif au séné est également prescrit. Lorsque M. P... fut soumis à mon examen, il était dans l'état que je vais décrire en passant en revue les diverses fonctions et en commençant par le système nerveux cérébro-spinal.

Fonctions d'expression. — Expression générale de souffrance; figure pâle; œil inquiet, sourcils contractés et rapprochés, voix basse, entrecoupée, anxiété extrême, anihilation, soupîrs, sanglots.

Intelligence. — Troublée, mais non affaiblie. M. P... se croit perdu ainsi que toute sa famille. Il aura été l'instrument de leur ruine; c'est un mauvais père, un mauvais époux; sa maladie est une punition du ciel, c'est un fléau qui le frappe. Comme il lui est impossible de s'occuper de ses affaires, il perdra la fortune qu'il a amassée, sa pauvre famille en sera victime; il sent bien qu'il ne guérira jamais. Il refuse des aliments, soit pour conjurer la colère du ciel en se mortifiant, soit pour retarder d'autant sa ruine. « Quel supplice affreux ! » s'écrie-t-il à chaque instant : « que vais-je devenir, mon Dieu ! Je suis un homme perdu. » Tout lui rappelle son horrible maladie, il trouve des rapprochements dans la circonstance la plus insignifiante. Une conversation tenue en sa présence lui rappelle son impuissance d'y prendre part. Un homme qui chante dans la rue insulte à sa tristesse; la vue d'un malheureux qui passe, mendiant et couvert de guenilles, lui suggère les réflexions suivantes : Cet homme, malgré ses haillons et sa misère, est heureux; il jouit de toutes ses facultés, il est intelligent; tandis que moi, j'ai des facultés dont je ne puis plus me servir. L'association des idées est donc excitée, la mémoire est intacte.

Sensibilité morale. — Elle paraît affaiblie, mais il ne faudrait pas pour cela s'en rapporter au dire du malade, qui affirme ne plus aimer sa famille, ou du moins ne plus l'aimer autant. Il est certain que la plus grande préoccupation de M. P... est le moi lui-même. Il se plaint, comme la plupart des mélancoliques, de ne plus se sentir au fond du cœur d'affection; c'est pour lui une souffrance; or cette souffrance même prouve une illusion du sentiment. S'ils n'aimaient plus, ces malades, cela leur serait indifférent comme tout le reste.

Mais en tenant compte même de cette cause d'erreur le malade brusque sa femme et ses enfants, et incontestablement les facultés affectives sont affaiblies. La sensibilité est d'ailleurs exaltée quant aux propres souffrances du malade; la douleur morale est des plus vives.

Sensibilité physique. — Intacte. Le malade se plaint d'éprouver une constriction très douloureuse dans la région précordiale; mais ce phénomène est purement sympathique. Tout se resserre dans la mélancolie; de même que la dilatation, l'expansion semblent être l'effet de la joie. Or, on sait que le cœur est le siège le plus sensible et le plus ordinaire du retentissement de la douleur morale.

Sens. — Tous intacts. Cependant le malade prétend que les saveurs et les odeurs sont changés. Il ne trouve plus le même goût aux aliments, aux cigares. Il n'a accusé aucune hallucination, soit de la vue, soit de l'ouïe.

La motilité est normale; il en est de même de l'attention, mais elle ne s'exerce qu'involontairement. Ce n'est plus qu'une attention passive, le malade ne se sent plus le pouvoir de la diriger et de la conduire. Il a d'ailleurs conscience de son état et rend parfaitement compte de toutes ses impressions. Insomnie. Mais la faculté qui nous a paru la plus notablement altérée, nous ne craignons pas de le dire, c'est la volonté; et, en attendant que des détails ultérieurs de cette observation fassent ressortir plus nettement cette altération, nous pouvons dire, dès à présent, que le malade accuse une impossibilité fréquente de vouloir exécuter certains actes, bien qu'il en ait le désir, et que son jugement sain, par une sage délibération, lui en fasse voir l'opportunité, souvent même la nécessité. A la période dont il s'agit en ce moment, le malade ne désirait pas sortir, il est vrai, car il accusait un dégoût général; mais plus tard, lorsque le cadre de cette affection se retrécit et que la volonté resta presque la seule faculté malade, il avait le désir sans avoir la volonté, la possibilité de l'action ne pouvait pas même être mise en doute. Mais au moment où nous le dépeignons, il nous dit, quand nous lui proposons de sortir, de se promener, d'aller au spectacle, qu'il ne le désirait pas mais que, le désirât-il, il ne pouvait le vouloir.

Quant aux fonctions de la vie organique, nous avons peu de chose à dire. Nous savons déjà que le cœur est hypertrophié ; ses bruits sont normaux ; le pouls est lent et médiocrement développé ; la respiration est fréquente. Nous avons déjà parlé d'anhélations, de soupirs. Le poumon est un peu emphysémateux, l'expectoration diminuée. Le malade se plaint d'une sorte d'aridité de toutes les sécrétions, à l'exception de la sécrétion urinaire qui est normale ; l'urine est limpide et blanche comme dans l'hypochondrie. La transpiration est supprimée. Les lèvres sont sèches et blanches, la soif nulle, l'haleine forte, la déglutition normale. Inappétence, constipation. Point de nausées cependant, ni d'envies de vomir. Absence de désirs vénériens. Après plusieurs jours pendant lesquels le malade présentait des alternatives tierces d'acerbation et de rémission, sans que le sulfate de quinine eut la moindre efficacité, le malade entre dans la maison de santé d'Ivry, et y reste jusqu'au 20 mai, époque à laquelle j'entreprends avec lui un voyage en Italie. La mélancolie était un peu moins profonde, les désirs avaient un peu reparu. Quelques jours avant le départ, lorsqu'on lui annonce son prochain voyage : « Je ne pourrais jamais, dit-il, cependant je m'ennuie ; resterai-je donc toute ma vie à Ivry ? » La veille, il déclare qu'il ne pourra jamais ; le jour même, il se lève à six heures du matin pour aller faire cette déclaration à M. Milivié. On s'attendait donc à une certaine résistance ; mais lorsque je me présentai, il ne fit pas la moindre opposition ; seulement, comme il sentait sa volonté prête à lui échapper : « Où est le fiacre, dit-il, que je me dépêche d'y monter ? » Nous allons attendre la diligence sur la route de Villejuif et nous partons enfin. Il serait oiseux d'emmener avec nous le lecteur et de le faire assister à tous les phénomènes offerts par le malade pendant ce voyage. Ces phénomènes peuvent très bien se résumer en trois ou quatre principaux que je puis donner comme critérium de tous les autres. La position du malade était déjà sensiblement améliorée ; il ne lui restait plus, pour ainsi dire, qu'une lésion de la volonté avec regrets amers de se trouver en cet état, et avec une teinte mélancolique entretenue par l'insistance avec laquelle le malade envisage l'horreur de sa situation (ce sont ses propres paroles). Je constate

toujours la même intégrité de l'intelligence, de la mémoire, de la motilité. Après une rémission qui s'est offerte entre Lyon et Hivignon et qui était assez prononcée pour prouver l'empire du remède moral et faire croire à la guérison, si l'on n'était prévenu de ces rémissions, qui suivent presque immédiatement l'emploi de l'isolement et du voyage ; après une rémission de plusieurs heures, dis-je, le malade retomba et se retrouva dans le même état à notre arrivée à Marseille. Je ne parlerai pas de son opposition incessante à ce que nous nous éloignassions davantage, et j'arrive aussitôt à quelques circonstances qui nous montreront bien manifestement la volonté essentiellement lésée. La première s'est manifestée à Marseille : le malade devait, avant de s'embarquer, faire une procuration pour autoriser sa femme à vendre une maison. Il rédige lui-même cette procuration, la transcrit sur une feuille de papier timbré et s'apprête à la signer, lorsque surgit un obstacle sur lequel nous étions loin de compter. Après avoir écrit son nom, il lui est de toute impossibilité de parapher ; il s'agissait, il est vrai, d'un paraphe compliqué ; mais M. P... l'avait toujours facilement exécuté. C'est en vain que le malade lutte contre cette difficulté ; cent fois au moins il fait exécuter à sa main, au-dessus de la feuille de papier, les mouvements nécessaires à cette exécution, ce qui prouve bien que l'obstacle n'est pas dans la main ; cent fois sa volonté rétive ne peut ordonner à ses doigts l'application de la plume sur le papier. M. P... sue sang et eau, etc. (V. 20). Niera-t-on ici que M. P... ait le vif désir d'achever sa signature et qu'il comprenne l'importance de cet acte ? Niera-t-on l'intégrité de l'organe chargé d'exécuter le paraphe ? L'agent paraît sain, ainsi que l'instrument ; mais le premier ne peut s'appliquer sur le second. La volonté, ce pouvoir en vertu duquel la main se mettrait à accomplir l'acte conçu et jugé nécessaire par l'intelligence, fait évidemment défaut. Cette lutte a duré trois quarts d'heure, cette succession d'efforts a enfin abouti à un résultat dont je désespérais certainement ; le paraphe fut très imparfait, mais il fut exécuté. J'ai été le témoin de cette lutte, j'y prenais, comme le pense bien le lecteur, le plus vif intérêt, et je déclare qu'il était impossible de constater plus manifestement une impuissance de vouloir, malgré le désir.

Je constatai quelques jours après une impossibilité du même genre.

Il s'agissait alors de sortir un peu après le dîner, M. P... en avait le plus vif désir : il eût voulu, me dit-il, prendre une idée de la physiologie de la ville. Pendant cinq jours de suite il prenait son chapeau, se tenait debout et se disposait à sortir ; mais vain espoir, sa volonté ne pouvait ordonner à ses jambes de se mettre en marche pour le transport dans la rue. « Croirait-on, me disait le malade avec douleur, à une semblable affection, si j'en parlais à des gens du monde (il eût pu ajouter à des médecins) ? Je suis évidemment mon propre prisonnier ; ce n'est pas vous qui m'empêchez de sortir, puisque au contraire vous m'y engagez ; ce ne sont pas mes jambes qui s'y opposent, elles ne sont pas paralysées, puisque vous voyez que je marche bien ; qu'est-ce donc alors ? » M. P... se plaignait ainsi de ne pouvoir vouloir, malgré l'envie qu'il en avait. Après cinq jours enfin, M. P... fait un dernier effort, parvient à sortir, et rentre cinq minutes après, suant et haletant, comme s'il eût franchi en courant plusieurs kilomètres et fort étonné lui-même de ce qu'il venait de faire.

Les exemples de cette impossibilité se reproduisaient à chaque instant. Le malade avait-il le désir d'aller au spectacle, il ne pouvait vouloir y aller ; était-il à table à côté de convives aimables, il eut voulu prendre part à la conversation ; mais toujours la même impuissance le poursuivait. Il est vrai que souvent cette impuissance n'existait pour ainsi dire qu'en appréhension ; le malade craignait de ne pas pouvoir et cependant il y parvenait et même plus facilement qu'il ne l'appréhendait, mais souvent aussi, il faut le dire, ses appréhensions étaient légitimes.

Après six jours de séjour à Marseille, nous nous embarquâmes sur le premier paquebot en partance pour Naples ; mais ce ne fut pas sans une peine inouïe dont je voudrais faire juge le lecteur si déjà cette observation n'était si étendue, et si je n'avais encore quelque autre circonstance à relater. Je me bornerai à dire que, pendant les six jours passés à Marseille, le malade exprima formellement le refus de s'embarquer et le désir de retourner à Paris, s'effrayant d'avance à l'idée de se trouver ainsi avec sa volonté malade dans un pays étranger, déclarant qu'il faudrait le garotter pour le conduire ; que, le jour du départ, il ne se décida à sortir de l'hôtel que lorsqu'il me

crut décidé à faire intervenir un appareil de force, et qu'étant sorti de l'hôtel il s'arrêta dans la rue de la Cannebière, où il fut resté sans doute si je ne lui eusse fait dépêcher quatre mariniers que l'employé du bureau des paquebots eut la bonté de mettre à ma disposition et qui n'eurent d'ailleurs qu'à se montrer.

Les quatre traversées de Marseille à Gênes, de Gênes à Libourne, de Libourne à Civita-Vecchia, et de ce dernier port à Naples, s'effectuèrent assez bien. Cependant je dois dire que la navigation exerça sur l'état de mon malade une influence moins significative que le mouvement de la voiture. Il a été rare pendant tout le voyage qu'après cinq ou six heures de route en voiture M. P... ne fut pas sensiblement mieux; il devenait causeur, aimable, et fumait, ce qui était toujours un indice d'amélioration. Cet effet était indépendant des impressions du voyage, puisqu'il se produisait également la nuit, et il était même d'autant plus prononcé que la voiture était plus dure et la route plus mauvaise.

Je résume enfin l'état de mon malade pendant le voyage, en disant qu'il présenta la même altération de la volonté avec plusieurs alternatives de mieux et d'exacerbation légère, et que le voyage me parut n'avoir pas l'efficacité qu'on en attendait, peut-être parce que le malade y faisait une opposition systématique. D'ailleurs il ne s'agissait pas ici d'une lypémanie ordinaire, et l'efficacité du voyage, des impressions à haute dose dans une forme d'affection où prédominait la lésion de la volonté, ne me paraissait pas suffisamment démontrée. Ce fut d'après cette opinion que je fis connaître à la famille le désir que la durée du voyage fut limitée. Disons cependant que, dans les deux derniers mois, la volonté m'a paru un peu améliorée. Le malade est aujourd'hui au sein de sa famille, toujours à peu près dans le même état. Je termine cette observation par la relation des circonstances suivantes :

Quatre fois pendant le voyage, deux fois entre autre à Venise, où nous fîmes usage de bains de mer, le malade fut pris d'une douleur extrêmement vive dans la région du foie. Cette douleur, annoncée quelques jours d'avance par un redoublement de tristesse, avait tous les caractères d'une colique hépatique et tenait peut-être à la pré-

sence de calculs dans la vésicule biliaire. Sa durée variait entre douze et quarante heures, et toujours elle ne disparaissait qu'en laissant un ictère très prononcé, qui ne tardait pas d'ailleurs à disparaître à son tour.

Une autre circonstance tend à faire ressortir encore davantage la lésion de la volonté. Nous étions à Rome, où nous arrivâmes le jour même de la nomination du pape Pie IX, la veille par conséquent de la sortie du conclave. Mon malade me dit : « Voilà une circonstance que j'appellerais heureuse si je n'étais pas malade. Je voudrais pouvoir assister au couronnement, j'en parlerais à mes enfants ; mais je ne sais si je pourrai : j'essaierai ». Le jour venu, le malade se lève à cinq heures du matin, tire son habit noir de sa malle, se rase, et me dit : « Vous voyez, je fais beaucoup, je ne sais pas encore si je pourrai ». Enfin, à l'heure de la cérémonie, le malade fit un effort et parvint à grand-peine à descendre. Mais dix jours après, à la fête de Saint-Pierre, les mêmes préparatifs, les mêmes efforts n'aboutirent à aucun résultat : « Vous voyez bien, me dit le malade, je suis toujours mon prisonnier. Ce n'est cependant pas le désir qui me manque, puisque je me prépare depuis trois heures : me voici rasé, habillé et ganté, et voilà que je ne puis plus sortir d'ici ». Et en effet, il lui fut impossible de venir à la cérémonie. J'avais beaucoup insisté, mais je n'ai pas cru devoir le forcer.

Je terminerai cette observation, déjà bien longue, par une remarque. C'est que les mouvements instinctifs de la nature de ceux qui échappent à la volonté proprement dite n'étaient pas chez notre malade entravés comme ceux que l'on peut appeler ordonnés. C'est ainsi qu'en arrivant à Lyon, à notre retour, la malle-poste qui nous portait passant par-dessus une femme que les chevaux avaient renversée, mon malade recouvra toute son énergie, n'attendit pas que la voiture fut arrêtée, rejeta son manteau, ouvrit la portière, et se trouva le premier près de cette femme qui, par un hasard providentiel, n'avait pas même une égratignure.

L'importance des faits que cette observation avait pour objet de faire ressortir, légitimera, je l'espère, la longueur des détails dans lesquels nous sommes entré. Nous voyons ici un homme chez qui la

génération des actes à vouloir, leur délibération et leur détermination s'accomplissaient d'une manière normale, puisqu'il savait ce qu'il devait faire et qu'il le désirait même, chez qui les fonctions telles, par exemple, que la musculature, l'attention, n'étaient pas non plus altérées, et qui cependant ne pouvait vouloir. N'était-ce pas la position déjà supposée d'un pianiste distingué que rien ne gêne ou n'empêche, en présence d'un piano en parfait état dont il voudrait se servir et auquel il ne peut vouloir toucher, cependant ? N'est-ce pas aussi le supplice de Tantale ? Mon malade me répondait souvent quand je lui donnais un conseil : « Vous avez raison, ce serait bon, je le devrais, je le désirerais ; mais comment le vouloir ? » Dans cet exemple les fonctions chargées d'exécuter ne peuvent, quoique intactes, entrer en exercice pour l'accomplissement de certains actes. M. Ribot qui a rapporté une partie de l'observation ajoute que M. Billod lui a appris que ce malade avait recouvré son activité à la suite des journées de juin 1848 et de l'émotion qu'elles lui causèrent.

OBSERVATION V.

CABADÉ. — *Encéphale*, 1882.

M. X..., d'un tempérament bilieux-nerveux est âgé de 34 ans. Un de ses frères est mort à 30 ans d'une affection des centres nerveux, sa sœur a présenté dans le cours de sa grossesse et au moment de l'accouchement des troubles nerveux de nature éclamptique. M. X... a été atteint en 1871, pour la première fois, de rhumatisme articulaire aigu ; la maladie a paru de nouveau en 1872. Cette seconde attaque fut assez violente et ne laissa pas que de m'inspirer de très sérieuses inquiétudes ; la fièvre en était très intense, la phlogose articulaire très mobile : il y avait des soubresauts des tendons, un peu de carphologie, enfin le malade présentait un peu de surexcitation anormale. Je me hâte de dire cependant que les idées étaient très nettes et qu'il n'y avait à aucun moment des troubles intellec-

tuels. En un mot, il y avait constamment menaces de complications cérébrales qui ne se sont jamais produites.

La guérison de cette attaque de rhumatisme fut lente et pénible. La maladie qui avait débuté dans les premiers jours de janvier, ne se termina qu'au commencement d'avril, bien que n'ayant aucune complication ni du côté du cœur, ni du côté des autres viscères. Le traitement fut borné à l'administration de purgatifs, de diurétiques et de diaphorétiques, le sulfate de quinine me semblait contre-indiqué par les menaces d'accidents cérébraux.

La convalescence s'achevait à peine quand M. X... commença à présenter des troubles intellectuels bizarres. Il se lavait les mains cinquante, cent fois par jour et quelquefois plus souvent encore; chaque fois qu'il touchait un objet quelconque, c'était un nouveau lavage. Cet état dura environ six mois, c'est-à-dire jusqu'au commencement de 1877. A cette époque se montrèrent d'autres troubles dans la sphère de la volonté, M. X... ne pouvait pas se décider à franchir une porte; il faisait plusieurs tentatives infructueuses avant d'y parvenir, souvent même, les personnes de sa famille étaient obligées de l'encourager de la parole et même de l'aider pour accomplir un acte aussi simple.

Cette difficulté à accomplir un acte voulu ne tarda point à s'accroître et à se généraliser.

Depuis cette époque, M. X... ne peut plus accomplir les actes de la vie ordinaire même les plus simples, qu'après de longues hésitations, et quand il les a exécutés, il les répète un grand nombre de fois de suite. Par exemple est-il assis, s'il veut changer de place, il se lève puis se rasseoit, puis se relève et ainsi dix, quinze, vingt fois avant de se décider à marcher. Etant à la promenade, rencontre-t-il sur son chemin un arbre, une pierre, il s'arrête devant, rebrousse chemin, puis reprend sa marche dans la direction primitive, s'arrête encore, rétrograde, enfin revient et ainsi dix, vingt fois avant de pouvoir dépasser l'obstacle imaginaire. Souvent pour aller au-delà de l'arbre ou de la pierre qu'il a rencontré, M. X... est obligé de se mettre à courir, quelquefois même craignant d'avoir mal franchi l'obstacle, il revient sur ses pas et alors se renouvellent les mêmes hésitations de

quelques instants auparavant. C'est ainsi qu'un jour étant entré dans le cabinet de consultation de M. Ball, il ressortit vite puis en disant : « je craignais d'être mal entré ».

Quand M. X. . est ainsi en proie à des hésitations, soit pour dépasser un objet, soit pour faire autre chose, il ne tarde pas à prononcer à haute voix des paroles qui indiquent qu'il est obsédé par une idée. Au commencement de sa maladie, il répétait fréquemment certains mots qui l'avaient frappé par leur consonnance bizarre, par exemple *corbillard*, plus tard il s'est mis à répéter des termes d'affirmation ou de dénégation comme s'il défendait lui ou les siens d'une imputation quelconque. « Non, non, je ne suis pas ceci, je ne suis pas cela, non je ne suis point coupable de tel ou tel fait ». Ces affirmations répétées sont accompagnées de mouvements brusques et saccadés d'une ou des deux mains, comme si M. X... cherchait à repousser loin de lui quelqu'un ou quelque chose.

Les diverses manifestations de l'affection mentale dont est atteint M. X... ne sont jamais isolées. C'est ainsi que quand il commence à être poursuivi par une idée fixe qui lui fait répéter les mêmes mots un grand nombre de fois, il ne tarde point à commettre des actes qui dénotent l'état de trouble où il se trouve. Par exemple, est-il assis sur son chapeau déposé près de lui, il déplace cet objet dix, vingt, cent fois avant de se décider à ne plus y toucher.

Chose remarquable, quand M. X... se voit observé, quand il se trouve avec des personnes auxquelles il craint de laisser une fâcheuse impression, son attitude se modifie du tout au tout. Les hésitations dont je viens de parler disparaissent comme par enchantement, et tous les mouvements du malade deviennent précis et coordonnés. Maintes fois je l'ai vu dans un salon, sans qu'il me fut possible d'apercevoir le moindre vestige de sa maladie. Loin de là, sa conversation est agréable, il possède même à un très haut degré, le don des reparties vives et spirituelles, il est plein de gaieté, d'entrain et personne ne se douterait du défaut d'équilibre qui existe dans ses facultés intellectuelles.

Il y a de cela deux ans, M. X... se trouvait astreint par son âge à faire son service militaire de vingt-huit jours. Son embarras était

grand, il ne savait en effet comment il pourrait vivre de la vie de caserne avec sa maladie. Il me pria de vouloir bien faire en sorte de le faire exonérer de cette corvée. A quelque temps de là, le hasard d'une consultation réunit chez moi deux médecins de l'hôpital d'A..., qui avaient à se prononcer après examen sur le bien fondé des demandes de dispense du service militaire.

J'exposais le cas à mes confrères, et pour leur donner le loisir d'examiner le malade, je priai celui-ci de déjeuner avec nous ; pendant tout le temps du repas et pendant les instants qui le suivirent, M. X... fut absolument charmant et fort aimable, causa avec esprit et n'hésita dans aucun de ses actes, si bien que dès qu'il eut pris congé de nous, mes confrères me demandèrent si je n'avais pas voulu les mystifier. Pour toute réponse, j'ouvris les fenêtres de mon cabinet qui donnent sur le boulevard par où devait passer M. X..., et là nous le vîmes en proie à une agitation incroyable ; il ne pouvait pas dépasser un arbre sans s'y prendre à plusieurs fois ; l'ombre projetée par les maisons ou par les arbres, une pierre, un objet quelconque, étaient des sujets d'arrêt ; il fallait revenir en arrière, deux, trois, dix fois, pour prendre la course, pour franchir l'obstacle imaginaire, puis après l'avoir franchi, recommencer soit pour le même objet, soit pour un autre.

J'ai au reste remarqué, que plus la contrainte de M. X... a été longue et complète, plus les mouvements qui la suivent sont pénibles et caractérisés par l'hésitation la plus marquée. Les émotions morales, comme tout ce qui distrait M. X... de ses préoccupations habituelles, font disparaître ses hésitations. C'est ainsi que tous les troubles qu'il présente ont disparu pendant une maladie de son père, vieillard de 84 ans, qui a été atteint d'une pneumonie et qui par conséquent, a couru un très grand danger.

Mais il n'est pas nécessaire pour voir venir le calme chez le malade qu'il traverse une épreuve aussi pénible, la conclusion d'un marché en une question qui touche à ses intérêts, rend momentanément l'équilibre parfait à ses facultés. Au moment même où les hésitations de M. X... sont le plus manifestes, vient-on à lui adresser la parole, les hésitations cessent, il peut parfaitement converser et l'état de

doute dans lequel se trouve M. X..., ne l'a jamais empêché le moins du monde de gérer habilement ses propriétés qui sont considérables. Au contraire, nul mieux que lui n'excelle à conclure un bail, une affaire. D'ailleurs, ses facultés intellectuelles, morales ou affectives, n'ont jamais été atteintes à proprement parler.

Il arrive souvent qu'il y a chez M. X... des états de calme relatifs, pendant lesquels il accomplit comme tout le monde les actes ordinaires de la vie. Mais qu'à ce moment là il faille exécuter une action qui demande une coordination de mouvements tendant à un même but; comme l'action de monter en voiture, de prendre un habit, de monter un escalier, voilà tout de suite les hésitations qui reparaissent et parfois tellement fortes, qu'il met un temps assez long à pouvoir accomplir l'acte qu'il désire.

Cependant, au plus fort de ses hésitations, il se préoccupe de l'effet qu'il doit produire sur les spectateurs, aussi il est très habile à feindre d'assigner à ces hésitations une autre cause que le trouble de son esprit. Ainsi, s'il recule plusieurs fois avant de dépasser un objet, il simulera avoir mal vu quelque chose et fera tous ses efforts pour dépister les envieux et les malveillants; si avant de monter en voiture il se reprend à plusieurs fois, il feindra d'avoir laissé tomber un objet ou de voir quelque chose d'anormal à son équipage. Mais quand il est chez lui, loin des regards, il n'a plus les mêmes préoccupations.

Depuis 1876, M. X... a eu quelques atteintes de rhumatisme, plusieurs articulations ont été successivement frappées, souvent il y a eu de la fièvre; fait digne de remarque et qui montre bien, à mon avis, l'origine rhumatismale de l'affection mentale: c'est que l'apparition de la phlogose articulaire, quelque légère qu'elle eut été, a toujours amené une rémission à peu près absolue des troubles intellectuels.

Ce malade contracta la syphilis qui, au début, n'eut aucune influence sur la maladie mentale. Plus tard, il y eut des symptômes d'épilepsie jacksonienne.

OBSERVATION VI.

MOREL. — *Délire émotif.* — *Archives générales de Médecine*, 1866.

Il ne s'agit pas, dans le cas présent, d'un homme à prédominance de tempérament nerveux et épuisé par une longue maladie ; c'est dans la force de l'âge, à 40 ans, qu'une émotion morale très vive vint frapper l'individu qui fait le sujet de cette observation. Il était conducteur du train de Rouen à Paris et au Havre ; il avait rempli les mêmes fonctions en Angleterre, d'où il était originaire et sa santé robuste n'avait jamais subi aucune altération à la suite des fatigues inhérentes à la profession de machiniste. J'ai beaucoup interrogé cet homme sur ses antécédents et sur ceux de sa famille ; il m'a bien des fois affirmé que ses parents étaient morts de maladies qui n'avaient aucun rapport avec les affections nerveuses. Quant à lui, il ne connaissait l'hypochondrie et le spleen que de nom, mais il avouait que, quoique robuste et très fort, il avait dans son enfance, et même dans sa première jeunesse, passé pour timide et pusillanime. En dehors de cette prédisposition commune à une foule d'individus, il ne se souvenait pas avoir été un quart d'heure alité, et jamais il n'avait consulté les médecins. Or, voici maintenant ce qui arriva.

Au mois de juin 1863, après avoir ramené le train du Havre à Rouen, on lui annonça brusquement que sa femme, qu'il avait laissé bien portante au départ, venait de mourir subitement. Cette nouvelle inattendue lui causa une émotion si vive qu'il ressentit immédiatement comme un coup au-dessous du sein gauche, un knock, pour me servir de son expression. Je signale immédiatement le fait, parce que, de toutes les souffrances éprouvées depuis trois ans par le malade, cette sensation douloureuse est à peu près la seule qui ait persisté sous sa forme primitive. Aujourd'hui encore, sous l'influence de la moindre contrariété, de la moindre émotion, le malade se plaint de son point douloureux. J'ai palpé et percuté cette région sans pouvoir m'expliquer la nature de cette sensibilité anormale. Il n'y a là

ni dégénérescence des tissus, ni tumeur, ni développement anormal de chaleur. La douleur est plutôt gravitative, profonde, que superficielle ; elle force l'individu à s'arrêter dans sa marche, à se plier en deux. C'est, dit-il, comme si on lui enfonçait une lame d'acier au-dessus du cœur. Je fais volontiers la part des exagérations de ces sortes de malades, mais j'ai observé chez eux tant de phénomènes anormaux du côté de la sensibilité, que je ne me fais aucun scrupule d'enregistrer leurs dires. D'ailleurs, j'ai eu bien des fois l'occasion de constater que leurs sensations douloureuses ne doivent pas être reléguées dans le domaine des faits imaginaires, ainsi que cela peut arriver chez les hyponchondriaques. Il y a souffrance réelle, accompagnée, le plus ordinairement, de développement anormal de la chaleur dans telle ou telle partie du corps. On observe aussi, ainsi que nous l'avons vu, d'autres symptômes morbides indiquant un trouble dans les grandes fonctions de l'économie. Notons maintenant les perturbations de la sensibilité morale.

A l'espèce de commotion que notre malade ressentit à la nouvelle de la mort de sa femme, succéda une profonde prostration alternant avec une émotivité excessive. On s'étonnait surtout de voir cet homme, d'une nature rude et abrupte, se livrer, vis-à-vis ses enfants, à des manifestations de tendresse que l'on trouve exagérées d'abord, ensuite presque inconvenantes. Telle était au moins l'appréciation de quelques individus appartenant à la colonie anglaise de la localité. Maintenant que cette appréciation, injuste au fond, j'en ai l'intime conviction, ait eu assez d'influence sur le moral de la fille aînée pour la déterminer à quitter le domicile paternel, c'est là ce que je ne saurais dire. Quoiqu'il en soit, ce père, émotif déjà au suprême degré eut à subir dans cette circonstance une nouvelle et douloureuse épreuve, vu qu'il s'agissait d'un soupçon injurieux au dernier chef pour sa moralité. Aussi, à dater de ce moment, n'y eut-il plus pour lui de repos et de tranquillité. Le besoin de la locomotion était incessant ; il ne pouvait rester en place. Cent fois la nuit, il sortait de son lit, et, lorsqu'il conduisait sa locomotive, il a été tenté plus d'une fois, à ce qu'il m'a avoué, de se précipiter sur la voie. La crainte seule d'exposer la vie de milliers d'individus l'a retenu dans ses projets de suicide.

Cet état durait depuis neuf ou dix mois lorsque, en mars 1864, il ne fut plus possible de se méprendre sur la nature de la maladie nerveuse de cet individu. Il avait parcouru le trajet de Rouen au Havre en proie à une exaltation très grande de la sensibilité. Il ressentait dans son intérieur, pour me servir de ses expressions, un feu aussi intense que celui de sa locomotive. Arrivé au Havre, le malade fut obligé de s'aliter ; il était dévoré d'une soif intense, inextinguible, et il buvait des quantités prodigieuses de liquide. Il a marqué, jour par jour, le nombre de litres d'eau ou de cidre coupé qu'il absorbait, et la moyenne, pendant trois mois que dura cet état nevropathique aigu, fut de 12 à 15 litres ; il en consomma jusqu'à 18 ou 20. On crut à l'existence d'une affection diabétique, mais l'analyse des urines ne révéla rien de particulier. Il existait chez lui des phénomènes qui caractérisaient une fièvre d'accès : froid intense, puis accélération du pouls et développement d'une chaleur intense avec sueur profonde. On administra le sulfate de quinine à dose énorme (2 à 3 grammes), sans autre résultat que celui de déterminer de la surdité et un grand dérangement dans les fonctions digestives. L'hydrothérapie qui aurait eu un résultat favorable à cette période de la maladie, ne fut employée que plus tard (quatre ou cinq mois après ces premiers accidents). Le malade fut soumis à des douches et à des affusions pendant trois mois, deux fois par jour, sans autre avantage que de diminuer l'intensité de la chaleur et conséquemment celle de la transpiration. L'affection durait depuis plus de deux ans lorsque le malade fut confié à mes soins. Mais, avant de décrire sa situation présente, je tiens à appeler l'attention sur certaines anomalies de la sensibilité physique et de la sensibilité morale dont je n'ai pas parlé.

Lorsque ce malade était menacé d'avoir son accès de fièvre chaude, car c'est ainsi que l'on désignait les exacerbations extrêmes de chaleur, sans accélération ni augmentation notable du pouls, il éprouvait une sensation douloureuse tellement vive sous le sein droit et dans le bras du même côté, qu'il ne pouvait s'empêcher d'ôter précipitamment ses vêtements, croyant ressentir les piqures de milliers d'aiguilles, ce qui le tourmentait cruellement. La sensation était si vive qu'il recourait invariablement au même manège tout étant certain qu'il se trompait. La chaleur s'irradiait ensuite des points dou-

loueurs ci-dessus désignés, envahissant tantôt une partie latérale du corps, tantôt le corps entier. Je puis affirmer, m'a souvent répété la personne qui le soignait, que l'on ne pouvait approcher la main sans se sentir incommodé. Le malheureux brûlait, ajoute ce même témoin, et l'on peut s'imaginer à quel point la transpiration était abondante.

Quant à l'état moral, il était des plus tristes. Le malade était incapable d'appliquer les forces de sa volonté à n'importe quel acte, si simple qu'il put être, et, à plus forte raison, à des actes importants. On ne pouvait raisonnablement demander à un homme qui n'osait toucher la clef d'une porte, le penne d'une fenêtre, de monter sur une locomotive pour la diriger. La mémoire lui faisait défaut, et la volonté était tellement affaiblie qu'il ne pouvait se résigner à signer la feuille d'émargement pour toucher ses appointements.

Ce n'était pas là cependant l'état mélancolique des aliénés, ni à plus forte raison l'idiotisme ou la démence. Si les termes empruntés à la psychologie avaient une désignation médicale mieux définie, je ne ferais aucune difficulté de rattacher ces perturbations au groupe nosologique désigné par le docteur Billod sous le nom de lésions de la volonté et qui ont fourni à ce savant aliéniste des observations très intéressantes. On croirait difficilement que ce fut dans les circonstances que je décris qu'eut lieu le mariage que contracta de nouveau cet être émotif. Il est vrai d'ajouter que c'est avant la confirmation de cet état, poussé jusqu'au degré de paroxysme. Mais lorsqu'il se fut agi d'aller rejoindre sa fiancée à Paris, le malade ne put bouger de place. On lui remit une plume entre les mains pour adresser au moins une lettre, mais il lui fut impossible d'écrire une ligne. Il fallut que cette femme vint rejoindre son prétendu à Rouen et le mariage fut célébré par le chapelain anglais de la localité qui se contenta de l'assentiment que l'individu donna par signes sans doute il n'était venu à l'idée de personne que c'était là un aliéné privé de toute liberté morale et incapable de contracter. Aujourd'hui, malgré l'état chronique qui s'est impatronisé d'une manière à peu près irrémédiable, à ce que je crains, je ne pourrais accepter la responsabilité d'un certificat constatant la nécessité de l'isolement dans un asile d'aliénés.

Etat actuel. — La période aiguë de la maladie a disparu avec tous les symptômes qui en sont la conséquence pathologique forcée. Le malade n'est plus dévoré de la soif ardente qui le forçait à absorber des quantités incroyables de liquides; il peut passer des journées entières sans éprouver le besoin de boire une goutte d'eau. La température générale du corps a baissé et le malade se plaint plutôt d'avoir froid. De temps à autre cependant, il a des bouffées de chaleur qui partent du point douloureux, au-dessous du sein gauche et qui s'irradient dans la partie latérale du même côté, avec les variantes singulières observées dans la période aiguë. Je veux parler de ces sensations de chaleur et de froid qui tantôt alternaient entre elles et tantôt existaient simultanément dans la région latérale gauche du corps. Lorsqu'on pince la peau, celle-ci ne revient pas sur elle-même; elle se signale par sa mollesse, par son manque d'élasticité, comme dans la période algide de certaines affections. La circulation capillaire est peu énergique et peu active. La peau a pris cette couleur terne que j'ai observée dans l'état chronique de cette névrose, où les patients se plaignent de n'avoir plus la sensibilité aussi développée et même de ne plus rien ressentir du tout. Il y a, en effet, chez eux, comme un état semi-anesthésique; quelques-uns vont jusqu'à dire qu'on peut leur couper, leur tailler la peau, sans qu'il en sorte du sang. L'individu qui fait le sujet de cette observation prétend que la moindre piqûre amenait autrefois chez lui de véritables hémorrhagies, et qu'aujourd'hui il peut se faire des entailles sans qu'il sorte une goutte de sang. J'ai voulu avoir raison de ce dire exagéré en appliquant une ventouse sacrifiée au-dessous du sein gauche, dans le point resté douloureux; le sang est venu, mais je dois avouer que l'écoulement a été minime, surtout si l'on tient compte du temps qu'a duré la succion de la ventouse; cependant il n'y a pas chez ce malade ni d'edème, ni d'infiltration; celui-ci mange, se nourrit bien, mais il n'a pas de goût pour les aliments. On constate chez lui un état général de cachexie, et, depuis dix-huit mois à deux ans, il a éprouvé une déperdition de 40 kilogrammes au moins, et il n'y a pas de jour où il ne soit soumis à de notables transpirations alors qu'il reste chez lui en repos.

Quant à l'état mental que j'ai décrit sous la désignation de délire

émotif, il y a toujours chez lui les mêmes craintes, les mêmes appréhensions, quoique singulièrement diminuées. Toutefois, il ne conduirait pas sa locomotive de Rouen au Havre pour un million, pas pour tout l'or de la terre ! comme il le dit énergiquement. Le travail qu'il peut exécuter se fait dans l'intérieur de la gare et consiste à conduire la locomotive dans le lieu où elle doit changer de direction. La mémoire, qui avait complètement disparu, est revenue. Le malade peut lire, ce qui lui était impossible autrefois, mais il se fatigue vite, il lui est resté quelques-unes de ces craintes si accentuées dans la période aiguë et qui, dans l'état chronique, passent à l'état d'habitudes invétérées, de tics à peu près irrémédiables, comme ceux de n'oser ouvrir une porte, une fenêtre, traverser une rivière, aller dans un lieu non éclairé, etc.

OBSERVATION VII (résumée).

BROCHIN. — *Dict. encyclopédique*, 1878.

M. D..., étudiant en médecine, éprouva en 1838, les plus grands chagrins ; il perd sa femme et sa fortune. Il va dans un petit village des environs de Meaux pour y exercer la médecine. Le choléra sévit dans cette localité et le jeune médecin est obligé de se surmener ; à la suite de cette fatigue, il éprouve la plus grande difficulté à fixer son attention ; à certains moments même tout travail intellectuel lui devient impossible, il lui suffit de vouloir lire quelques lignes pour qu'il soit pris de vertiges et de palpitations. Il éprouve en ce moment les troubles les plus divers du côté de ses différents organes et souffre en même temps d'une sensation de pression en avant et en arrière de la tête.

Les troubles intellectuels sont aussi très nombreux. Tantôt son cerveau est obsédé de pensées intruses qui y pullulent, s'y succèdent, et s'y meuvent avec une grande rapidité, comme s'il y avait dans la tête, suivant l'expression de Sainte-Beuve, une braise allumée qui tournoie sans cesse. Il donne à ce phénomène le nom de mentisme.

Le malade présente en outre une impossibilité complète de fixer son attention ; les idées lui échappent à mesure qu'il veut les exprimer. Cet état, le malade l'appelle dysgraphie cérébrale. Peu à peu une amélioration se produit, mais en 1849, avec le choléra reparait la maladie. Le malade présente à ce moment des idées fixes et des impulsions ; il est obligé de répéter certains mots. Il a des idées de suicide avec peur de la mort. Une nouvelle amélioration ne tarde pas à se produire.

OBSERVATION VIII (résumée).

MORTEN. — *A morbid somnolence in Journal of nervoses and mental diseases 1884.*

Médecin américain, âgé de 32 ans.

A 17 ans, à la suite d'un pari, il se livre pendant plusieurs heures à un exercice physique des plus pénibles. Depuis ce moment, il éprouve de grandes difficultés pour travailler et a beaucoup de peine à faire ses études. Le caractère du malade est très irritable, il éprouve toujours du malaise et la vie lui paraît un fardeau. De temps en temps il éprouve dans la journée un besoin irrésistible de dormir. La difficulté pour travailler et fixer l'attention persiste. « Je suis parfaitement incapable de diriger mon esprit, et à ce point de vue ma situation est tout à fait analogue à celle d'un homme qui voudrait soulever un poids qu'il ne pourrait pas même remuer. Je fais l'effort mental, je sens la décharge nerveuse, le courant est ouvert, mais soit qu'il soit trop faible, soit qu'il y ait trop de frottement, ma machine mentale ne marche point. Souvent quand mon intention est de demander quelque chose, je prononce une phrase banale qui n'a aucun rapport avec l'objet que j'ai en vue. J'attribue cet état à ma faiblesse cérébrale accompagnée de faiblesse psychique.

OBSERVATION IX

LANTEIRES. — *Thèse de Paris*, 1884-85.

La malade qui fait l'objet de l'observation suivante a 44 ans. Elle a eu 6 accès de 1863 à 1884, avec des intervalles de 2, 5, 8 ans, puis de trois mois, et enfin de 7 ans.

Antécédents héréditaires. — La grand'mère paternelle s'est noyée mélancolique.

Père, sobre, a eu plusieurs accès de folie intermittente, s'agitait, avait des idées mystiques, parlait du Vatican, cierges, cérémonie, a dû être camisolé une fois, âgé de 78 ans, a épousé (il y a sept ans) sa domestique.

Oncle paternel suicidé. Coup de fusil.

Mère épileptique : perte subite de connaissance, chute à terre, urine involontaire.

Un frère aîné gastralgique, prend souvent de l'éther.

Un autre frère, le plus jeune, atteint de délire chronique, persécution, crainte d'empoisonnement, est à Clermont depuis cinq ans.

Un troisième frère bien portant.

Un fils, 21 ans, soldat, bien portant.

Une fille, 19 ans, en bonne santé.

Mari bien portant.

Antécédents personnels. — On n'a rien remarqué de particulier dans la première enfance ; à onze ans elle dormait mal et avait souvent des cauchemars qui la réveillaient en sursaut.

Mariée à 16 ans et demi, elle s'installe dans une ferme et surveille attentivement la maison ; elle s'acquitte bien de sa tâche, même pendant la moisson, où elle devait pourvoir (tout en surveillant la ferme) à la nourriture de plusieurs travailleurs. Au moment de son mariage, appréhension très vive de ses futures responsabilités.

A 21 ans, après une grossesse régulière, un accouchement à terme, elle essaye de nourrir sa fille qu'elle se voit obligée de sevrer le quin-

zième jour et qui meurt au bout de six semaines. Après une discussion avec sa mère qui lui reprochait de ne pas bien soigner son enfant, elle devient triste, silencieuse, s'accuse d'avoir laissé mourir sa fille de faim ; elle s' imagine qu'on va la mettre en prison avec la garde-malade et le médecin qui lui a fait soigner son enfant, elle confie ses craintes à son mari, mais s'efforce de se tenir convenablement en public.

Bientôt un changement complet s'opère dans ses habitudes laborieuses et son activité. Elle en est surprise et s'en étonne elle-même. Elle éprouve une sorte d'inertie morale, une hésitation intérieure qui l'empêche de se livrer même aux occupations qui lui sont les plus familières. Ainsi, elle avait l'habitude de préparer le panier d'œufs qu'elle envoyait au marché ; elle ne pouvait plus se décider à le faire. Elle avait à côté d'elle les œufs, le foin et le panier ; elle savait très bien comme tout cela devait être disposé. Ses bras, dit-elle, étaient vigoureux et avaient la force nécessaire pour ce travail, ses mouvements étaient libres, mais elle ne pouvait pas se décider à le préparer, elle ne pouvait pas, disait-elle, vouloir, elle ne pouvait pas pouvoir ; elle avait une conscience parfaite de sa situation, et elle s'attristait en constatant son impuissance. Il en était de même pour la préparation des repas ; elle était très au courant de ce qu'il fallait faire, mais elle restait inerte et ne pouvait pas se décider à donner des ordres à la domestique. Elle ne parvenait pas davantage à faire les observations nécessaires pour les travaux qu'elle avait jusque-là surveillés avec le plus grand soin ; elle remarquait tout ce qui était défectueux, savait comment on aurait pu y remédier, mais ne bougeait pas pour l'indiquer. Son impuissance à agir ne la quittait même pas dans les circonstances où l'incitation était plus énergique ; elle avait remarqué quelques erreurs dans le compte de son mari. La plume et l'encrier étaient là sur la table, il suffisait de corriger quelques chiffres, elle ne bougeait pas, elle ne touchait rien, elle ne disait rien. Un jour elle voit un garçon d'écurie pousser (sans le savoir) une brouette dans la direction d'un petit tas de paille sous lequel dormait une poule ; elle voit la roue approcher de la poule, ses entrailles de fermière tressaillent, mais elle reste inerte et laisse écraser la poule. Elle en a été vivement émue, elle l'a beaucoup

regretté, mais il lui a été impossible de se décider à crier pour prévenir le domestique. D'ailleurs, je verrais tuer, dit-elle, mon mari et mes enfants, que je ne bougerais pas, je crois. Parfois, elle reste au lit, elle pleure, se lamente, mais ne parvient pas à se lever. Quelquefois, elle se retient pour satisfaire un besoin naturel, parce que le déplacement réclame un effort qu'elle ne veut pas faire. Elle se fait elle-même d'amers reproches, elle s'injurie, elle s'invective, elle prétend être un monstre, un vrai démon, une femme indigne. Depuis la création, dit-elle, on n'a rien trouvé d'aussi mauvais.

L'accès est précédé, pendant quelques jours, de tristesse, de découragement, de serrement à l'estomac, comme un poids, de diminution d'appétit, puis d'impuissance (comme dans la dypsomanie).

Cette impuissance à agir, malgré la constatation d'un état suffisant de forces, cet aboulie a duré cinq mois pendant lesquels D... réclamait sans cesse qu'on voulut bien la placer dans un établissement où elle serait entièrement délivrée des soins à donner à son ménage. Son mari, très bon pour elle, l'avait gardée auprès de lui.

Peu à peu, elle reprend ses occupations, et sa lutte intérieure finit par disparaître.

Une grossesse, survenue l'année suivante, ne s'accompagna d'aucun accident. Quelques mois après l'accouchement, troisième grossesse, survient une nouvelle période d'hésitation (de mars à octobre 1865). Elle devait faire un effort considérable pour accomplir les actes les plus simples. Découragée, elle quitte un jour la maison décidée à réclamer de son médecin un certificat pour la faire admettre dans un établissement où elle n'aurait aucune charge. Pour arriver à la demeure du médecin qui était très éloignée, elle devait traverser une forêt; la nuit étant venue, elle a été prise de frayeur à l'approche d'un chevreuil, elle a rebroussé chemin et est rentrée à une heure du matin chez elle, où elle a trouvé sa famille dans les plus vives angoisses sur sa disparition. Elle est restée à la ferme et, peu à peu, elle a repris entière possession d'elle-même; elle est redevenue gaie, active, et s'est occupée avec le plus grand soin, de tous les détails de maison.

La santé n'a subi aucune altération jusqu'au mois de juin 1869.

A cette époque survint assez rapidement et sans cause appréciable une nouvelle période de tristesse et d'impuissance ; découragée, elle ne pouvait continuer son travail, s'exagérait les conséquences de sa négligence pour l'exploitation agricole de son mari et pour l'avenir de ses enfants. Elle déplore ses hésitations continuelles, essaie en vain de lutter, cherche en vain une solution, un moyen de sortir de cette situation. [Si je tuais quelqu'un, si je tuais mes enfants ? Tiens pour cette petite, disait-elle à son mari en montrant sa fille, je veux le faire aujourd'hui, on sera bien forcé de me placer quelque part. Ou bien, si je me jetais par la fenêtre ? Mais quel scandale provoquerait cette tentative de suicide ! Si je m'en allais pour me faire placer, toutes ces luttes, toutes ces angoisses disparaîtraient]

Au bout de quelques jours elle s'enfuit de la ferme, située près de Versailles, vint à pied à Paris, et après avoir erré dans les rues jusqu'à une heure du matin, elle finit par demander assistance à deux sergent de ville qui la conduisirent au poste de police. Le lendemain, elle est amenée à Sainte-Anne.

Dans les premiers jours, les hésitations cessent, mais elle redoute d'avoir à recommencer la lutte, elle est capable de bien faire, mais elle craint de ne pas vouloir.

Elle raconte que toutes les fois qu'elle parvient à finir un ouvrage, elle éprouve un grand soulagement, une grande satisfaction et qu'elle n'a jamais ni des scrupules ni des regrets.

Au bout d'un mois, la malade sort, n'éprouvant aucune crainte et très désireuse de reprendre sa place active dans sa famille.

Au mois de juillet 1869 au mois de juin 1877, pendant huit ans, sa santé a été excellente ; elle est gaie, elle a beaucoup d'entrain et s'occupe très régulièrement des travaux multiples qui incombent à sa surveillance. En juin 1877, elle devient triste, inquiète, négligente, s'acquitte sans entrain, avec plus de lenteur, de sa tâche, et finit par éprouver les mêmes hésitations. Les idées de suicide, les idées d'homicide reviennent, et finalement elle adopte la fuite, moyen qu'elle considère le plus simple pour éviter d'avoir à travailler, et cependant, dit-elle, je ne suis pas paresseuse.

Elle se fait arrêter à Paris et se fait conduire à Sainte-Anne où elle passe deux mois.

De retour auprès de ses enfants et de son mari, dans le courant de décembre 1877, elle reprend gaiement son travail ; mais au mois de mars suivant, elle s'enfuit encore une fois, vint à Paris et passe trois mois à Sainte-Anne. Elle reste encore six ans dans la famille, jouissant d'une bonne santé, mais elle redevient triste et est reprise de l'hésitation de *non pouvoir volitionnel* ; elle lutte pendant près de trois mois, puis enfin elle en vient encore à la fuite, et elle entre pour la quatrième fois à Sainte-Anne le 24 septembre 1884. Il lui restait cinq francs en poche, elle les donna à un pauvre pour se faire enfermer de force. Elle brûle ses vaisseaux. Pendant une sortie de quatre jours, du 31 octobre au 4 novembre, elle est restée chez elle gaie, contente, s'occupant du ménage.

OBSERVATION X (*inédite*).

Communiquée par M. Arnozau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux (1).

Madame X..., âgée de 45 ans environ, vient nous consulter pour les phénomènes suivants : Depuis quelque temps, elle se sent incapable d'agir par défaut de volonté, les actes les plus insignifiants lui sont irréalisables, le matin, elle reste de longues heures avant de faire sa toilette. A l'heure des repas, il lui faut un effort considérable pour se rendre à table ; s'il s'agit de partir pour un voyage, elle ne s'occupe pas de ses bagages et au moment du départ, il faut des instances répétées et presque de la violence pour l'obliger à partir. Interrogée sur les motifs qui la poussent à agir ainsi, elle répond : qu'elle ne se rend pas au juste compte de ce qui se passe en elle. Elle comprend que sa manière de faire est déraisonnable, qu'elle aurait tout intérêt à agir autrement, mais au moment d'exécuter le moindre dessein, la volonté lui manque et elle ne peut pas se décider à agir. Livrée à

(1) Que notre ancien maître reçoive ici nos remerciements.

elle-même, Madame X... reste inerte la plupart du temps, parlant peu, soupirant ou pleurant quelquefois. Peu soignée dans ses vêtements contrairement à ses habitudes antérieures, ayant à peu près l'aspect des mélancoliques. Cet état dure chez elle depuis environ trois mois. Son début paraît avoir coïncidé avec la suppression des règles au moment de la ménopause.

Un état semblable s'est déjà montré chez elle à deux reprises, la première fois il a guéri après un accouchement, la seconde fois après l'expulsion d'un polype utérin.

En dehors de ces trois atteintes mentales, Madame X... a toujours été une femme intelligente et remarquablement active, dirigeant avec son mari d'abord, seule ensuite, une exploitation industrielle considérable et se faisant surtout remarquer par la justesse et la netteté de ses décisions. Madame X... n'a été soumise que quelques jours à notre observation.

OBSERVATION XI (résumée):

PIERRE JANET. — in *Revue Philosophique* mars et avril 1891,

Marcelle, 22 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 54 ans après être resté paralysé pendant deux ans.

Du côté maternel nous trouvons la grand'mère aliénée probablement atteinte de délire de persécution.

Une sœur de la mère de la malade a été aliénée comme sa mère.

La mère de la malade est très nerveuse.

Elle a eu dix enfants, 4 sont morts.

Trois frères de Marcelle sont travailleurs, mais égoïstes.

Deux sœurs de Marcelle sont paresseuses et excentriques.

Antécédents personnels. — Marcelle eut une enfance régulière, sans aucun accident, elle était vive et assez intelligente; on se plaignait seulement de son mauvais caractère, de son entêtement. La moindre

contrariété, la moindre résistance à ses caprices provoquait des bouderies interminables et des scènes de colère assez violentes qui se terminaient par des pleurs.

A l'âge de quatorze ans, elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde extrêmement grave qui provoqua surtout des accidents cérébraux. Elle délira pendant plus d'un mois, ne reconnaissant personne et refusant énergiquement toute espèce de médicament. Cette maladie laissa des traces profondes et c'est de ce moment que nous croyons faire commencer la maladie actuelle. Dès la convalescence, en effet, Marcelle présenta des changements de caractère et de conduite assez notables pour être remarqués même par des personnes étrangères. Elle n'était plus vive comme autrefois, mais paresseuse, remuait peu, hésitait à se lever de sa chaise et se montrait ennuyée de tout dérangement. Tandis qu'elle apprenait facilement avant sa maladie, elle ne pouvait plus maintenant se livrer à aucun effort intellectuel et n'apprenait plus rien. D'ailleurs, sur le conseil judicieux des médecins, on ne tarda pas à lui interdire tout travail de ce genre. Elle était aussi fort triste, ne prenait plus plaisir à rien et repoussait tous ses anciens amusements. Enfin, elle devenait très sauvage; au lieu de parler comme elle faisait à toutes sortes de personnes, elle fuyait complètement les étrangers, ne voulait plus parler qu'aux personnes les plus intimes, et encore se réfugiait-elle assez souvent dans sa chambre sans vouloir parler à personne.

Cet état d'inertie et de mélancolie fut encore aggravé, d'abord par le chagrin que lui causa la mort de son père, survenue un an après cette fièvre typhoïde, puis par une passion amoureuse qui lui provoqua d'interminables rêveries et qui fut, je crois, le début de ses idées de suicide. Si bien qu'au bout de quelques années, Marcelle, âgée alors de dix-neuf ans, était devenue complètement méconnaissable et commençait à présenter des symptômes plus inquiétants. Elle restait immobile pendant fort longtemps et semblait éprouver beaucoup de peine à se déranger, même pour les actes les plus simples. On s'étonnait, par exemple, qu'elle appelât ses frères ou sa mère pour lui donner un objet placé près d'elle ou pour lui ouvrir une porte près de laquelle elle était debout. Lorsqu'on ne lui obéissait pas immé-

diatement, elle se fâchait et injurait surtout sa mère qu'elle traitait fort durement. Dans d'autres moments, elle paraissait en proie à une agitation inexplicable, elle déchirait ses vêtements, elle frappait les meubles et criait. Un jour on la trouva auprès d'une pile d'assiettes qu'elle cassait régulièrement les unes après les autres. Enfin, au bout de quelque temps, Marcelle refusa absolument de manger et fit quelques tentatives de suicide qui nécessitèrent son internement à la Salpêtrière. Placée en 1889, dans la service de M. le Dr Jalret, elle fut d'abord effrayée par le spectacle des malades et par la discipline de la maison, et elle se tint assez tranquille en dissimulant à tout le monde les pensées qui l'agitaient. Au bout de quelque temps, on crut à une certaine amélioration et on essaya de la rendre à ses parents, mais elle ne put rester chez elle et dut revenir à l'hospice cette année.

Etat actuel. — Marcelle, quand on l'examine maintenant, est une grande et forte jeune fille qui semble bien constituée. La figure est régulière, sans asymétrie ni du crâne, ni de la face, les cheveux bruns sont épais sans épis; les oreilles bien faites, ourlées avec lobule détaché; les dents sont normales. Le seul signe de dégénérescence physique que nous constatons, c'est la forme ogivale un peu accentuée de la voûte palatine.

Le fait le plus apparent que l'on constate avant tout chez cette personne, et le premier symptôme dont elle se plaint, si on l'interroge, est une difficulté singulière des mouvements. Elle reste en général immobile sur sa chaise, faisant machinalement un petit travail de crochet, et elle refuse presque toujours de se déranger ou de faire un mouvement quelconque. Quand on lui propose de faire un mouvement des bras, en particulier d'étendre la main pour prendre sur la table un objet qu'on lui montre, elle refuse d'un air chagrin et boudeur. Si on insiste beaucoup et longtemps, elle se soulève lentement et avance très légèrement la main, puis elle s'arrête immobile et dit : « Mais je ne peux pas », et retire le bras. Puis elle l'étend de nouveau un peu, reste en suspens, fait des mouvements inutiles, incohérents, et enfin par un mouvement brusque, prend l'objet; souvent elle le remet plusieurs fois sur la table avant de

pouvoir décidément le garder dans la main. Les hésitations pour prendre un porte-plume ou un verre, peuvent durer un quart d'heure ou une demi-heure. Le plus souvent d'ailleurs, Marcelle ne persévère pas si longtemps, et, après quelques essais infructueux, elle retire la main et ne bouge plus ; puis, d'un air de mauvaise humeur, elle déclare qu'elle ne peut pas et ne veut même plus essayer. C'est de cette dernière façon que les choses se passent quand elle est seule. Elle ne pourrait arriver à se déshabiller pour se coucher si on ne l'aidait ; elle hésite pour toucher sa robe, réussit avec beaucoup de peine à l'enlever un peu, mais au lieu de continuer, elle la remet et recommence indéfiniment. Je la trouvai un jour les mains vides, sans son crochet habituel, qui était sur une table à un mètre d'elle. « Je m'ennuie tant, me dit-elle, parce que je n'ai pas pu prendre mon crochet. »

Un autre jour, je la trouve renfermée dans la salle, et je lui reproche de n'être pas sortie profiter d'un beau jour de soleil. « J'ai essayé, me dit-elle, mais je n'ai pas pu sortir, alors je suis restée sur ma chaise. » Cette hésitation, comme on le voit par ce dernier exemple, atteint aussi les mouvements des jambes. Enfin, à de certains moments, elle reste sans répondre et ne peut même ouvrir la bouche ; le lendemain, elle raconte qu'elle a voulu parler, mais n'a pu y parvenir. En un mot, tous les mouvements volontaires des bras, des jambes, même ceux de la langue et des lèvres, présentent la même hésitation et la même impuissance. La malade ne craint point le contact des objets. Au reste, on retrouve la même hésitation pour les mouvements isolés de tout contact, tel que le mouvement de se lever.

Les mouvements conservés, sont : 1° les mouvements physiologiques, respiration, digestion ; 2° les reflexes qui sont tout à fait normaux, genou, yeux, bouche ; 3° les mouvements qui, par l'exercice, sont devenus instinctifs, elle remue sur sa chaise, change de position, chasse une mouche du visage, se gratte, se mouche sans l'ombre d'une hésitation ; 4° les mouvements habituels, travaux à l'aiguille ou au crochet.

La malade présente des mouvements impulsifs comme celui de casser les assiettes.

La malade est en outre très suggestible, et exécute sans hésitation les actes qu'on lui a commandé brutalement. Les actes impossibles sont ceux qui sont le plus nouveaux. Ainsi, Marcelle prend sans hésiter son crochet sur la table, tandis qu'elle hésite longtemps à prendre un porte-mine qu'elle voit pour la première fois, une fois habituée au porte-mine elle le prend avec autant de facilité que le crochet, mais la même hésitation va reparaitre pour tout autre objet qu'on lui présentera pour la première fois.

Il en est de même pour tous les autres mouvements. Elle ne peut qu'avec peine se décider à entrer dans une salle où elle va pénétrer pour la première fois. Cet état d'Aboulie est plus ou moins accentué suivant les jours, mais plus il est accentué, plus doit être connu l'acte à accomplir.

Sa mémoire est assez gravement atteinte ; Marcelle, tous les événements qui se sont passés depuis qu'elle avait l'âge de dix-neuf ans sont presque tous oubliés.

L'imagination est aussi très affaiblie ; elle ne peut en aucune manière se représenter l'avenir.

Quoique Marcelle ne présente de troubles ni de la vue, ni de l'ouïe, ni du sens musculaire, cependant elle a des notions très vagues des objets qui l'entourent. Elle entend un concert, elle voit danser, mais il lui semble que cela n'est point vrai, elle croit rêver. Un jour elle sort avec ses parents dans le jardin de la Salpêtrière, mais une fois en dehors des bâtiments qu'elle connaissait, elle se mit à regarder de tous côtés d'un air effaré, demandant : « Où suis-je ? Qu'est-ce que cela ? Qui est là ? » Elle ne voulait plus avancer et cherchait par terre si le sol était solide ou non, elle ne reconnaissait plus aucun objet et finit par dire qu'elle ne voyait plus clair.

Marcelle lit un journal, mais il lui est impossible de comprendre le sens des phrases, et cela ce n'est point parce qu'elle oublie les mots, elle les récite quand on lui demande, preuve qu'elle les a lus et retenus ; de même pour les chiffres, elle les retient, mais ne sait point à quoi ils se rapportent. Elle ne parvient à comprendre ce qu'elle lit que lorsqu'une personne bien connue d'elle lui explique le sens des phrases qui vont lui être présentées.

Marcelle a présenté en outre des obsessions hypocondriaques, mais qui étaient peu tenaces. Elle a eu aussi des hallucinations, mais ces hallucinations arrivent par accès, et semblent se rapporter à des crises incomplètes d'hystérie. La malade a eu souvent des crises d'hystérie avec convulsions; elle est très facilement hypnotisable. Pendant un certain temps elle a présenté quelques idées de persécution, mais qui n'ont jamais été systématisées.

La malade a présenté, à certains moments, de légères améliorations qui n'ont pas été durables.

Le traitement par le bromure de potassium et l'électricité, n'a donné aucun résultat appréciable. On a essayé alors un traitement psychique. Avec la suggestion hypnotique on est parvenu à lui enlever certaines idées fixes. Contre l'Aboulie, on a essayé de lutter en la forçant à travailler, en l'obligeant à s'exercer à certains mouvements; mais les résultats ont été de nulle valeur.

OBSERVATION XII (*personnelle*).

La malade est âgée de 42 ans et travaille aux champs.

Antécédents héréditaires. — La malade ne donne que de très vagues renseignements sur ses grands parents.

Son père est âgé de 82 ans et est bien portant, pas nerveux.

Sa mère est morte à l'âge de 60 ans d'une attaque d'apoplexie, elle n'était point nerveuse et n'avait jamais eu de crises de nerfs.

Un frère de la mère a eu des accès de rhumatisme.

Madame X... a une sœur qui se porte bien et qui n'a jamais présenté des symptômes pouvant faire supposer l'existence d'une maladie nerveuse.

La malade ajoute qu'elle n'a jamais entendu dire qu'il y ait eu dans sa famille des aliénés ou des personnes excentriques.

Antécédents personnels. — Madame X... a été bien portante pendant son enfance, elle n'a pas eu de convulsions. Elle a été réglée à 14 ans et n'a présenté rien d'anormal à cette époque. Mariée à 18 ans,

elle a fait trois grossesses. La première grossesse est arrivée à terme, les suites de couches furent pénibles. Une fille née de cette première grossesse est vivante, se porte bien et n'a jamais présenté de troubles nerveux.

La deuxième grossesse est arrivée aussi à terme, les suites de couches furent encore pénibles, mais l'enfant vit encore et se porte bien.

La troisième grossesse s'est terminée avant terme par la naissance de deux jumeaux dont l'un a vécu 15 jours et l'autre un an. Depuis cette dernière grossesse qui eut lieu il y a 5 ou 6 ans, la malade a souffert de la matrice. Il y a 4 ou 5 ans on lui a cautérisé. Il y a 3 ans, ressentant une très vive douleur à la fosse iliaque gauche, elle s'y fit appliquer des sangsues ; la malade dit avoir perdu beaucoup de sang et c'est à cet accident qu'elle fait remonter le début des troubles qu'elle présente.

Elle commença à ressentir des douleurs dans les jambes et les bras surtout du côté gauche, les douleurs étaient tantôt sourdes, tantôt assez vives. Presque en même temps elle remarqua qu'elle avait une sensation de vide dans la tête, principalement du côté gauche ; elle ressentait aussi une douleur sourde à la partie antérieure et surtout postérieure de la tête ; au sommet de la tête la douleur était plus vive et augmentait d'intensité au moindre contact.

Des troubles psychiques ne tardèrent point à faire leur apparition. Madame X... devint d'abord très impressionnable ; puis elle remarqua elle-même qu'elle avait des idées bizarres ; après avoir lavé son linge, elle se demandait si elle l'avait bien lavé et se sentait souvent forcée à le relaver. Elle fait remarquer qu'avant cette époque, elle n'était point difficile pour son travail. La malade commença à craindre qu'on ne la touche en passant auprès d'elle, que quelque chose ne vint se mêler aux objets qui lui servaient à travailler. A ce moment, il y a 3 ans, la maladie était constituée à peu près telle que nous la verrons à l'état actuel. La malade ne nous signale pendant ces trois ans, ni aggravation ni amélioration dans son état.

L'appétit n'a pas été diminué non plus, il paraît même avoir été augmenté au début. Les règles qui durent ordinairement 4 ou 5 jours et reviennent chaque mois, n'ont présenté aucune irrégularité.

Madame X... fit part de son état à son mari. Celui-ci, paysan naïf et crédule, ne tarda point à se persuader ou à se laisser persuader que les sorcières étaient causes de tout le mal, et fit soigner sa femme par les devins ou autres personnages qui sont réputés avoir de l'influence sur les sorcières ; les traitements, quoiqu'ils fussent, paraît-il, très variés, n'amènèrent point une grande amélioration. La malade vint alors à Bordeaux chez des parents pour venir consulter un médecin, c'est là que nous l'avons vue (1).

Etat actuel, février 1891. — Madame X... est d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, elle a un teint un peu pâle, mais les personnes qui la connaissent depuis longtemps nous disent que son teint n'a pas varié beaucoup. Elle a un air un peu triste au premier abord, mais dans la conversation elle est assez gaie. Elle nous raconte tous les détails de sa vie et de sa maladie dont nous avons déjà parlé, la mémoire n'est pas atteinte, ou si elle l'est, c'est bien légèrement. La malade comprend en outre toutes les questions que nous lui posons, son intelligence nous paraît être celle que l'on retrouve le plus ordinairement chez une femme qui n'a jamais quitté les champs et qui a peu fréquenté l'école.

La sensation de vide dans la tête persiste depuis le début de la maladie ainsi que la douleur sourde en avant et en arrière de la tête, nous trouvons en outre de l'hypersthésie du cuir chevelu. La malade se plaint encore de douleurs, tantôt sourdes, tantôt vives, atteignant surtout le côté gauche. Parfois, Madame X..., sent un engourdissement profond dans ses membres, surtout dans les membres supérieurs, cet engourdissement qui devient parfois tellement accentué que la malade ne peut point se servir des membres qui en sont atteints ; mais cette pseudo-paralysie ne dure que quelques instants.

La crainte des contacts qui avait apparu chez la malade au début de sa maladie persiste encore au moment où nous l'observons. Elle craint qu'on la touche, aussi quand elle voit quelqu'un entrer, elle cherche autant que possible à se placer dans un coin, elle ramasse

(1) Que M. le docteur Davezac, médecin des hôpitaux de Bordeaux, qui a bien voulu nous faire connaître la malade et nous permettre de l'observer, reçoive ici nos remerciements.

ses jupons et les serre contre elle. Cependant, elle n'est point ridicule dans les précautions qu'elle prend : elle sait se contenir devant le public, si bien qu'il serait impossible à quelqu'un qui ne serait point prévenu, de rien remarquer d'anormal dans ses actes. Elle craint que ses objets ne se mêlent à ceux de ses voisines; si nous lui demandons pourquoi elle éprouve ces craintes, pourquoi elle ne veut pas qu'on la touche, elle répond qu'elle ne le sait pas, elle nous affirme que ce n'est point parce qu'elle craint la saleté; elle ne donne pas non plus des renseignements très précis sur les sensations qu'elle éprouve quand un objet a touché ses vêtements; elle semble éprouver une vive angoisse, elle devient rouge, et parfois même son visage sue à grosses gouttes. Quelquefois, quand quelque personne étrangère la touche, elle peut retenir la crise jusqu'à son départ, mais dans ce cas, elle est plus violente, elle n'est jamais arrivée cependant jusqu'à la syncope.

Elle ne paraît avoir aucune répulsion pour toucher les objets qui l'environnent, au reste nous avons dit qu'elle craignait autant qu'on touche ses habits que la surface de son corps. Elle est souvent même poussée à aller toucher, sans aucun besoin, tels ou tels objets qui sont à sa portée; quand elle est seule elle éprouve parfois un grand plaisir à aller toucher un verre qui sera sur la table, elle va se laver ensuite, non pas parce qu'elle craint de s'être salie, mais parce qu'elle éprouve à faire ce second acte le même plaisir qu'elle a éprouvé à faire le premier.

Madame X... était avant sa maladie une femme très laborieuse, actuellement elle a les plus grandes difficultés à faire son ménage. Elle reste quelquefois au lit jusqu'à une heure très avancée de la journée; ce n'est point qu'elle éprouve quelque jouissance à rester au lit : au contraire, le séjour y est pour elle, dans ces conditions, un véritable supplice, elle fait effort pour vouloir en sortir et chaque effort amène une crise d'angoisse et de palpitation. Pour qu'elle sorte du lit, il faut qu'une personne vienne lui dire, ou presque lui commander de se lever; dans ce cas, le plus souvent elle se lève à la première injonction.

Il en est de même pour toutes les affaires du ménage, elle désire

les faire, mais elle ne les fait que lorsqu'on lui commande. Il y a cependant des actes qui parfois lui sont complètement impossibles, par exemple, laisse-t-elle tomber une épingle ou une aiguille, elle est obligée de la chercher jusqu'à ce qu'elle l'ait trouvée, une fois qu'elle l'a trouvée, elle est complètement incapable de la ramasser et est obligée d'appeler quelqu'un à son secours. Quelquefois au moment où l'aiguille tombe, si elle ne la perd point de vue, en faisant un violent effort, la malade peut parvenir à la ramasser, mais le fait est rare. La présence d'une personne même étrangère qui ait une certaine influence sur elle, suffit à faire disparaître ces troubles, comme elle suffit à faire disparaître ou du moins à atténuer la crainte des contacts. C'est quand elle est seule que Madame X... est la plus malade, elle nous dit elle-même qu'elle a besoin d'un secours.

Madame X... n'a jamais eu d'hallucinations, elle ne paraît avoir jamais eu non plus des idées de culpabilité ou des idées hypocondriaques, il n'y a jamais eu de tentative ni semble-t-il des idées de suicide.

La sensibilité à la pique, au contact et à la chaleur est normale sur tout le corps, sauf une légère hyperesthésie au sommet du crâne. Pas d'hyperesthésie dans aucune autre région.

Les organes des sens ne présentent aucun trouble.

La vue est bonne, il n'y a point de polyopie monoculaire, le champ visuel ne nous a pas paru rétréci.

L'odorat et l'ouïe sont également conservés des deux côtés.

La notion de position des membres est conservée.

Le réflexe pharyngien et les réflexes pupillaires sont normaux, le réflexe rotulien est un peu exagéré.

Du côté des organes génitaux, la malade nous signale des pertes blanches, les règles reviennent cependant normalement et l'examen au speculum fait par M. le docteur Davezac n'a rien révélé d'anormal.

Dans les articulations du coude gauche et de l'épaule droite, on entend des craquements qui auraient succédé à une attaque de rhumatisme datant de 3 à 4 ans. Les mains sont d'une blancheur éclatante et suent facilement.

On ne remarque point d'asymétrie ni de la face, ni du crâne, la

voute palatine est un peu ogivale, les oreilles sont bien insérées et bien ourlées.

OBSERVATION XIII (*personnelle*).

M. X..., négociant, est âgé de 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Le malade ne donne sur ce point que des renseignements peu précis, il semble cependant que ses parents, sa mère surtout, aient présenté quelques accidents nerveux; mais le malade affirme nettement qu'il n'y a jamais eu d'aliénés dans sa famille.

Antécédents personnels. — Son enfance n'a pas été malade; mais le malade nous dit qu'il a été toujours très nerveux et très émotif. M. X... fut placé dans le commerce de très bonne heure; malheureusement il fit bientôt de grandes pertes, qui amenèrent chez lui un profond abattement. A ces premiers mécomptes financiers vinrent s'ajouter des chagrins de famille très profonds. Bientôt M. X... tombe dans un état de dépression extrême sans qu'aucun signe physique révèle aucune trouble grave de l'économie. Le malade présente de l'insomnie, de l'inappétence, des palpitations: il maigrit, perd de plus en plus ses forces, et enfin se met au lit où il reste pendant plusieurs semaines, ne faisant plus aucun effort physique ni mental. Pendant quelques temps on fut même obligé de le nourrir à la soupe. Il est à remarquer que pendant ce temps, il n'y a jamais eu chez M. X... ni conception délirante, ni hallucination, ni tendance au suicide. Le malade ne prenait point d'aliment, mais il ne les repoussait pas quand on lui présentait.

Un traitement méthodique et complet consistant dans l'isolement, les déplacements, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, les toniques, est organisé et consciencieusement poursuivi sans amener pendant longtemps d'amélioration sérieuse. Cependant l'état aigu du début se modifie peu à peu. Ce n'est plus un anéantissement général avec impossibilité d'accomplir la moindre action et même de se mouvoir,

le malade a recouvré la majeure partie de ses forces intellectuelles et physiques, il mange, parle, raisonne et se conduit comme tout le monde; mais il est absolument incapable de fixer sa pensée sur une idée, ou d'accomplir certains actes, tels qu'écrire, ou s'habiller. Cette impossibilité d'agir n'est point constante : elle survient par crises, par paroxysmes à l'occasion de la moindre émotion, de la moindre contrariété. Chaque crise s'accompagne de troubles nerveux très marqués et toujours les mêmes : bouffées de chaleur et de rougeur, palpitations, angoisse précordiale, transpiration émotivité, très grande. C'est dans cet état que le malade se trouve tout à coup incapable d'accomplir un acte quelconque, ordinairement un acte très simple, par exemple de se lever d'une chaise, de franchir une porte pour sortir, de s'habiller. Tous les efforts qu'il peut faire ne servent qu'à le plonger davantage dans l'angoisse, les larmes et la désolation. Il demande qu'on le laisse seul, car il a la pleine conscience de son état et parvient à se dominer devant les étrangers, mais pour souffrir davantage après. La crise passée, il accomplit le plus facilement du monde et sans même y penser, l'acte resté impossible auparavant.

Bientôt les troubles physiques ont complètement disparu et il ne reste plus au malade que l'impossibilité d'accomplir certains actes et à certains moments; mais une amélioration notable ne tarde point à se montrer même de ce côté là; des actes qui lui étaient il y a quelques temps impossibles, sont accomplis maintenant avec facilité. La maladie recule, mais en disputant pour ainsi dire chaque pied de terrain. Les dernières impossibilités ont trait à l'habillement : le malade ne peut d'abord se vêtir que sommairement, il lui est impossible de boutonner son gilet, quelquefois il n'arrive qu'avec les plus grandes difficultés à mettre sa veste. Le dernier combat qu'il livre est pour mettre ses chaussettes; pendant un certain temps cette opération si simple est tout à fait impossible pour lui; enfin il arrive à en mettre une plus ou moins bien et porte l'autre à sa ceinture. Cette dernière barrière est enfin forcée, M. X... peut mettre ses deux chaussettes et c'est par là que se termine une maladie qui avait donné à certains moments beaucoup de soucis à son entourage.

M. X... se porte maintenant très bien, et a repris toute son activité première.

CONCLUSIONS

1° Dans le langage clinique le mot aboulie signifie maladie de la volonté d'action.

2° Tantôt l'aboulie n'atteint qu'un seul acte ou un groupe d'actes, le plus souvent ceux qui ont trait à la profession du malade; tantôt elle s'étend à tous les actes de la vie ordinaire.

3° Dans certains cas le malade désire seulement accomplir un acte, dans d'autres cas le malade non seulement désire accomplir un acte mais fait de vains efforts pour y parvenir, les premiers cas ont été désignés sous le nom de non-vouloir, les seconds sous le nom de non-pouvoir.

4° Les faits cliniques nous portent à croire que le mécanisme de l'aboulie n'est point toujours le même. Probablement c'est tantôt un défaut d'évituation, tantôt un trouble de l'élément réactionnel qui produisent l'aboulie.

5° L'aboulie est un syndrome fréquent surtout dans la neurasthénie, la mélancolie et les intoxications par la morphine, l'alcool, le hachich.

Dans la neurasthénie elle se caractérise par sa limitation à certains actes, l'effort que fait le malade pour triompher de son impuissance et l'angoisse qui suit cet effort infructueux.

Dans la mélancolie l'aboulie s'étend à tous les actes de la vie ordinaire, le mélancolique désire, mais ne fait pas effort.

6° Le diagnostic de l'aboulie, souvent difficile, doit être fait avec la simulation, l'astasia-abasie et les peurs morbides. Les caractères de l'aboulie et les symptômes concomitants permettent de reconnaître la maladie à laquelle se rattache ce syndrome. Dans le diagnostic étiologique il faudra surtout rechercher quelle est la part de l'hérédité.

7° Le Pronostic sera d'autant plus grave que l'hérédité nerveuse sera plus marquée et la maladie plus ancienne.

8° Le traitement direct de l'aboulie n'ayant pas donné jusqu'ici de résultats, c'est au traitement de la maladie dont ce syndrome fait partie qu'on devra recourir.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALIBERT. — Physiologie des passions, Paris, 1825.
- ARNDT. — Die Neurasthénie Leipzig, 1885. Analyse. Revue de médecine, 1887.
- AXENFELD et HUCHARD. — Traité des Névroses, Paris, 1883.
- AZAM. — Des troubles intellectuels provoqués par le traumatisme. Archives générales de médecine, 1884.
- BAILLARGER. — De l'état désigné sous le nom de stupidité. Annales médico-psychologiques, 1843, 1849, 1859.
- BAILLARGER. — Note sur un cas de délire hypocondrique à l'Académie des sciences, 1860.
- BAIN. — Emotions et volonté.
- BALL. — Claustrophobie. Société médico-psychologique. Annales, 1879.
- BALL. — Morphinomanie. Revue scientifique, 1884. 1^{re} série.
- BALL. — Traité de médecine mentale, 1880.
- BALL. — Ichemie cérébrale fonctionnelle. Encéphale, 1881.
- BALL. — De la torpeur cérébrale fonctionnelle. Encéphale, 1881.
- BALL. — De la mélancolie fonctionnelle. Encéphale, 1883.
- BALL. — Guérison d'un cas de torpeur cérébrale par l'électricité. Encéphale, 1886.
- BALL. — Morphinomanie, 2^e édition, 1890.
- BALLET. — Le langage intérieur et les diverses formes d'aphonie, Paris, 1886.

- BALLET. — Contribution à l'étude de l'état mental des héréditaires dégénérés. Arch. gén. de médecine, 1888, t. I.
- BALLET. — De la Myopragie cérébrale. Semaine médicale, 1891, n° 3.
- BATAILLE. — Traumatisme et névropathie. Th. de Paris, 1887-88.
- BEARD. — A Pratical treatise on Nervous Exhaustion (Nairastheina), edited by Rochweld, London, 1890.
- BEANOMS. — Recherches expérimentales sur les conditions de l'activité cérébrale et sur la physiologie des nerfs, Paris, 1884.
- BEANOMS. — Recherches sur la mémoire des sensations musculaires. Société de psychologie physiologique. Bulletin, 1888.
- BENEDIKT. — Rapport de la neurasthénie avec le crime. Congrès de Phrenatrie d'Anvers, 1886. Arch. de Neurolog., 1886.
- BENEDIKT. — Le vagabondage et son traitement. Annales d'hygiène cl. de Md. lég., 1890, tome XXIV.
- BERBEZ. — Hystérie et traumatisme. Th. de Paris, 1887-88.
- BERTHET. — Sur un cas d'astarie. Abasie. Lyon médical, juillet 1889.
- BERTRAND. — Psychologie de l'effort, Paris, 1889.
- BIDON (A.) — Action exercée par la grippe sur le système nerveux. Revue de médecine, 1890.
- BILLOD. — Maladies de la volonté. Annales médico-psychologiques, 1847, tome II.
- BILLOD. — Sur diverses formes de lypémanie. Annal. médico-psych., 1836.
- BINGSWANGER. — Mélancolie et hypocondrie. Congrès annuel de la Société des aliénistes allemands, 1889. Arch. de Neurol., 1890.
- BINET. — Psychologie du raisonnement, Paris, 1886.
- BLONN. — Psychical Impotence. Ann. Pract. and Non., Liouville, 1889.
- BLOCQ. — Sur une affection caractérisée par de l'astatie-abasie. Arch. de Neur., 1888.
- BORDARIES. — Contribution à l'étude de la neurasthénie. Th. de Bordeaux, 88-89.
- BOUCHUT. — Névrosisme, Paris, 1860.
- BOUVERET. — La neurasthénie, 2^e édition, Paris, 1891.
- BRADLEY. — L'attention. Revue philosophique, XXI.

- BRISSEND. — De l'asthme essentiel chez les névropathes. *Revue de méd.*, 1890.
- BROCHIN. — Maladies nerveuses. *Dict. encyclop.*, 1878.
- BROWN-SEQUARD. — Inhibition. *Dict. encyclop.*, 1889.
- CABADÉ. — Folie du doute. *Encéphale*, 1882 et 1883.
- CALMEIL. — Lypémanie. *Dict. encyclopédique*, 1870.
- CALVET. — Essai sur le morphinisme. *Th. de Paris*, 1876.
- CAMPELL. — A treatise on nervous exhaustion and the diseases induced by it, London, 1874.
- CARPENTER. — Mental automatism, the New-York medical journal, 1889. *Mental physiology*.
- CHARCOT. — Paralysies psychiques, œuvres complètes, tome III.
- CHARCOT. — Hystero-neurasthénie. Astasie. Abasie. *Leçons du mardi*, 1887-88, 1888-89.
- CHARCOT et MAGNAN. — Inversions sexuelles. *Arch. de neurologie*, 1882.
- Congrès de psychologie psychologique, 1889. L'attention est-elle déterminée par des états affectifs. Discussion, Ballet, Dejerne, Espinas, Gley, Janet, Manouvries, Marillies, Maurin, Ribot, Richeis. *CORDES*. — Die Platzangels. *Arch. de psychial.*, volume III. Analysé. *Revue des sciences médicales*, 1873.
- CORNING. — The treatment of Brain exhaustion, New-York, *méd. journ.*, 1882.
- COTARD. — Délire des négations dans la mélancolie. *Arch. de neurologie*, 1883.
- COTARD. — Perte de la vision dans la mélancolie anxieuse. *Arch. de neurologie*, 1884.
- COTARD. — Folie. *Dict. encyclopédique*, 1879.
- COTARD. — Hypochondrie. *Dict. encyclopédique*, 1889.
- COTARD. — De l'aboulie et de l'inhibition en pathologie mentale. *Société de psychologie physiologique*, 1886.
- COUSOT. — Paralysies périodiques. *Revue de médecine*, 1887.
- CULLERE. — Etude clinique sur la mélancolie stupide. *Annales médico-psychologique*, 1873.
- CULLERE. — Magnétisme et hypnotisme, 1887.

- CULLERE. — Névrosisme et névroses, 1847.
- CULLERE. — Frontières de la folie, 1888.
- CULLERE. — Traité pratique des maladies mentales, 1800.
- DAGONET. — De la stupeur dans les maladies mentales. Annales médico-psychologiques, 1872.
- DAGONET. — Traité des maladies mentales, 1876.
- DELASIANNE. — Diagnostic différentiel de la lypémanie. Annales médico-psychologiques, 1851.
- DÉJÉRINE. — De l'hérédité dans les maladies du système nerveux, Paris, 1886.
- DÉJÉRINE. — Morphinomanie. Encéphale, 1887.
- DESPINE. — La clinique des maladies mentales et la psychologie. Annal. méd. psychologique, 1880.
- DESPINE. — De la folie au point de vue psychologique, 1873.
- DOYEN. — Quelques considérations sur les terreurs morbides et le délire émotif en général. Thèse de Paris, 1884-85.
- DOYEN. — Morphinomanie. Encéphale, 1887.
- DOWSE. — On brain and nerve exhaustion its nature and curative treatmens, London, 1887, revised édition.
- ESPINAS. — Du sommeil provoqué chez les hystériques, Bordeaux, 1884.
- ESQUIROL. — Des maladies mentales, 2 vol., Paris, 1838.
- FABRET (J.-P.). — Folie circulaire. Académie de médecine, 1854.
- FABRET (J.). — Etude clinique sur les maladies mentales, Paris, 1890.
- FABRET (J.). — Obsessions avec conscience. Congrès international de médecine mentale, 1889.
- FABRET (J.). — De la mélancolie. Société médico-psychologique, novembre 1889.
- FÉRÉ. — Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique. Revue de médecine, 1889.
- FÉRÉ. — Dégénérescence et criminalité, Paris, 1888.
- FÉRÉ. — Crises de courbatures dans la paralysie générale au début. Société médico-psychologique, 1887. Ann. 1888.
- FÉRÉ. — Sensation et mouvement, Paris, 1889.
- FÉRÉ. — Du traitement des aliénés dans les familles, Paris, 1889.

- FERRIER. — Fonctions du cerveau, traduct. franç., 1878.
- FOUILLÉE. — Le sentiment de l'effort. Revue philosophique, 1888, tome XXVIII.
- FOURNET. — De la peur des espaces en agoraphobie. Société médico-psychologique, 1876.
- FOURNIER. — Alcoolisme. Dict. de méd. et de chir. prat.
- FOURNIER. — Leçons sur la syphilis, Paris, 1874.
- FOVILLE (A.). — Folie. Folie à double forme. Folie instinctive. Nouveau dict. de méd. et de chir. pratique.
- GLEY, RICHETS et RONDEAU. — Notes sur le hachich. Société de psychologie physiologique. Bulletins, 1885.
- GRASSETY. — Maladies du système nerveux, 1886.
- GRASSETY. — Clinique médicale, 1891.
- GUGE. — Contribution à la pathologie et à la thérapeutique de l'aproxexie. Congrès des médecins et naturalistes allemands. Revue de laryngologie et d'otologie, 1889.
- GUINON. — Les agents provocateurs de l'hystérie. Paris, 1889.
- GUISLAIN. — Leçons orales sur les phrenopathies, 3 volumes. Gand, 1853.
- JACCOUD. — Les Paraplégies et l'ataxie du mouvement. Paris, 1864.
- JANET (Pierre). — Automatisme psychologique. Paris 1889.
- JANET (Pierre). — Sur un cas d'aboulie. Revue de philosophie, mars et avril 1891.
- HOWEL. — On some conditions of Neurastheina. London, 1886.
- HOWEL. — On some further conditions of Neurastheina a psychological study. London, 1887.
- KRISHABER. — Névropathie cérébro-cardiaque. Paris. 1873.
- LADAME. — Astasie-abasie par accès. Archives de Neurologie, 1890.
- LAFOSSE. — Céphalée neurasthénique. Th. de Paris, 1887-88.
- LANGLE. — De l'action d'arrêt ou inhibition dans les phénomènes psychiques. Th. de Paris, 85-86.
- LANTEIRES. — Essai descriptif sur les troubles psycho-pathiques avec lucidité d'esprit. Th. de Paris, 84-85.
- LASÈGNE. — Mélancolie perplexe. Archives de médecine. 1881.
- LEGRAIN. — Du délire chez les dégénérés. Th. de Paris, 1885-86.

- LEGRAIN. — Hérité et alcoolisme. 1889.
- LEGRAND DU SAULE. — Leçons sur la folie héréditaire. Paris, 1873.
- LEGRAND DU SAULE. — La folie du doute avec délire du toucher. Paris, 1873.
- LEGRAND DU SAULE. — Etudes cliniques sur la peur des espaces. Agoraphobie des Allemands, 1848.
- LEMOINE. — Pathogénie et traitement de la neurasthénie. Annal. méd. psych., 1888.
- LEUBUSCHER. — Abolition de la volonté. Allegémine. Zeitschrift für psychiatrie, 1847. Analyse. Annales médico psychologiques, 1850.
- LEURET. — Fragments psychologiques sur la folie. Paris, 1838.
- LEVILLAIN. — La neurasthénie. Paris, 1891. (Bibliographie complète de la neurasthénie.)
- LEVILLAIN. — La neurasthénie au point de vue médico-légal. Annales d'hygiène et de méd. lég., 1891.
- LUYS. — Traité clinique et pratique des maladies mentales. Paris, 1881.
- LUYS. — Obsessions pathologiques. Encéphale, 1883.
- MAGNAN. — Folie héréditaire. Société médico-psychologique, 1885-86. Annales, 1885-86 et Progrès médical, 1886.
- MARADON DE MONTYEL. — Mélancolie. Société médico-psychologique, 1890.
- MARCADE. — Essai sur la mélancolie. Th. de Paris, 1870.
- MARIÉ. — Traité pratique des maladies mentales.
- MARCUS. — De quelques particularités qui distinguent les phénomènes de l'évolution de la mélancolie chez les neurasthéniques. Arch. de neurologie, 1890, tome 19.
- MARIE. — De l'aphasie. Revue de médecine, 1883.
- MARIE et ABOULAYE. — Sur le temps de réaction personnelle pour les impressions auditives chez les hystériques et notamment dans l'écholalie. Société de psychologie physiologique, 1886.
- MARIE. — De l'aphasie en général et de l'agraphie en particulier. Progrès médical, 1888.
- MARS. — Délire hypochondriaque. Th. de Paris, 1888.
- MATERNE. — De la paralysie générale à forme dépressive. Th. de Paris, 1869.

- MAUDSLEY. — Pathologie de l'esprit. Trad. frança., 1883.
- MENDEL. — Mélancolie et hypocondrie. Congrès annuel de la Société des aliénistes allemands, 1889. Arch. de Neurol., 1890, tome 49.
- MICHÉA. — Du délire hypocondriaque.
- MOREAU (de Tours). — Du haschich et de l'aliénation mentale. Paris, 1845.
- MOREL. — Maladies mentales. Paris, 1857.
- MOREL. — Traité des dégénérescences. Paris, 1857.
- MOREL. — Délire émotif. Arch. générales de médecine, 1866.
- MOSSO. — La peur. Trad. franç., 1888.
- QUINCEY. — Confession of an english opium eater. London, 1886.
- PAULHAM. — L'activité mentale et les éléments de l'esprit. — Paris, 1889.
- PÉREZ. — L'enfant de 3 à 7 ans.
- PEUGNIEZ et C. FOURNIER. — Le vertige de memère et l'émotivité. Revue de médecine, novembre 1890 et mars 1891.
- PICHON. — Morphisme. Paris, 1890.
- PITRES. — Crises de courbature au début de l'ataxie locomotrice. Progrès médical, 1884.
- PITRES. — Neurasthénie. Echo médical, 1889.
- PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme. 2 vol. Paris, 1891.
- RÉGIS. — Folie sympathique. Dict. encyclopédique, 1884.
- RÉGIS. — Exposé d'un classement méthodique des maladies mentales. Société de médecine mentale de Belgique. Bulletin, 1888.
- RÉGIS. — Traité pratique de médecine mentale. 2^e édition sous presse.
- RÉGNIER (R.). — Intoxication chronique par la morphine. Paris, 1890. (Bibliographie complète.)
- RÉGNIER (Gabriel). — Traité de la mélancolie simple. Paris, 1885.
- REGES Y JAMERA. — De la stupeur simple et de la stupeur mélancolique. Th. de Paris, 1873.
- RIBOT. — Maladies de la mémoire. Paris, 5^e édit., 1889.
- RIBOT. — Maladies de la volonté. Paris, 6^e édit., 1889.
- RIBOT. — Maladies de la personnalité. Paris, 3^e édit., 1889.

- RIBOT. — Psychologie de l'attention. Paris, 1889.
- RIBOT. — Hérité psychologique. Paris, 3^e édition, 1888.
- RICHET. — Homme et intelligence. Paris, 1884.
- RICHET. — Les reflexes psychiques. Revue philosophique, 1888.
- RICHET. — Essai de psychologie générale, 2^e édition, 1891.
- RICHET. — Poisons psychiques. Congrès de psychologie plegnologique, 1889.
- RITTL. — Folie avec conscience. Folie du doute. Folie à double forme. Dict. encyclopédique, 1874.
- RODET. — Action nerveuse d'arrêt ou d'exhibition. Th. d'agrégation, 1886.
- ROBERTSON. — Melancholia from the psychological and evolutionary points of view. Mental science January, 1890.
- ROUILLARD. — Essai sur les amnesies. Th. de Paris, 1884-85.
- ROUILLARD. — Mélancolie avec conscience. Société médico-psychologique, nov. 1889.
- SAURY. — Etude clinique sur la folie héréditaire. Les dégénérés. Paris, 1886.
- SAURY. — De la mélancolie. Société médico-psychologique, juillet 1890.
- SAUZE. — De la stupidité de sa nature psychique et de son traitement. Th. de Paris, 1852.
- SEGLAS. — Séméiologie et Pathogénie des idées de négation. Annales médico-psychologiques, 1889.
- SEGUIN. — Traité de l'éducation de l'idiot, 1846.
- SCHULE. — Traité des maladies mentales. Traduct. Dagonet, 1888.
- SNELL. — Melancolie et hypocondrie. Congrès annuel de la Société des aliénistes allemands, 1889. Arch. de Neurologie, 1890, tome 19.
- SOURIAN. — L'esthétique du mouvement, 1889.
- STRAHAN. — Neurasthenia acute and chronic and its importance. The Dublin medical journal of science, 1885, tome 2.
- TAMBOURINI. — Sulla pazzia del dubio continuo del contatto. Rivista sper. di Frenat. et di medic. leg., 1883.
- TEYSSSEN. — Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique Th. de Paris, 1887-88.

THYSSEN. — Astasie. Abasie. Archives de Neurologie, janvier et mars 1891.

TRÉLAT. — Folie lucide. Paris, 1861.

VILLARD. — Du Haschich. Th. de Paris, 1873.

WEIS-MITCHELL. — Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie. Traduct. Jennings. Paris, 1883.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
BENJAMIN BALL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

